

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa**

#### **A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa submetida a Gastrectomia e sua Família - A Parceria como Intervenção de Enfermagem**

**Lúcia Jerónimo**

**2013**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Vertente Pessoa Idosa**

### **A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa submetida a Gastrectomia e sua Família – A Parceria como Intervenção de Enfermagem**

**Lúcia Jerónimo**

**Orientadora: Professora Doutora Idalina Gomes**

**2013**



“A expansão do envelhecer não é um problema.  
É sim uma das maiores conquistas da humanidade”

Kofi Annan (2002)

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Idalina Gomes, pela orientação, apoio, sabedoria e incentivo.

À Enfermeira Susana Nunes, por toda a disponibilidade, atenção e orientação.

A todos os que, direta ou indiretamente, participaram na realização deste projeto, nomeadamente, a equipa de enfermagem e as pessoas idosas.

À minha família, que suportou longas ausências nos últimos meses.

## **LISTA DE ABREVIATURA /SIGLAS**

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

MNA – MiniNutritional Assessment

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCHCL – Serviço de cirurgia de um hospital central em Lisboa

## RESUMO

O regresso a casa do cliente hospitalizado requer um planeamento atempado para evitar complicações e readmissões. No cliente idoso submetido a gastrectomia, considerando a especificidade da sua situação, exige-se um envolvimento do mesmo e seus familiares com as equipas de enfermagem, desenvolvendo um trabalho conjunto que permita identificar e responder às necessidades na preparação do regresso à casa. Baseado nas teorias das transições de Meleis e dos Cuidados em Parceria com a Pessoa Idosa de Gomes, elaborou-se um Projeto de estágio contemplando a Pessoa Idosa submetida a gastrectomia e sua família, com o objetivo de desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção à Pessoa Idosa e contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para promover o Cuidado de Si, na preparação do regresso a casa.

Este Projeto realizou-se num Hospital Central em Lisboa, entre Outubro/2012 e Fevereiro/2013. Envolveu 8 idosos gastrectomizados e 39 enfermeiros da equipa de enfermagem. Desenvolveu-se em três fases distintas – Diagnóstico de Situação, Implementação e Avaliação. Os dados para o diagnóstico da situação e avaliação foram colhidos por análise documental, observação de práticas e entrevistas, e foram analisados por estatística descritiva e análise de conteúdo.

Como resultados a equipa passou a realizar registos mais individualizados e completos, garantindo a continuidade de intervenções; a pessoa idosa/família demonstrou domínio dos seus cuidados; a avaliação nutricional foi implementada, detetando 5 idosos em risco de desnutrição. A preparação do regresso a casa, pela equipa multidisciplinar, começou no início do internamento. A intervenção junto da pessoa idosa e a prática reflexiva desenvolvidas contribuíram para aquisição de competências de enfermeira especialista.

Conclui-se que a intervenção em parceria é fundamental para um cuidar centrado na pessoa idosa/família, permitindo a continuidade de intervenções na preparação individualizada do regresso a casa e a continuação do projeto de vida de cada idoso.

Sugere-se o desenvolvimento de intervenções de enfermagem pré e pós-operatórias, bem como a reavaliação nutricional periódica.

**Palavras-chave:** pessoa idosa/família, intervenções de enfermagem, parceria, regresso a casa

## ABSTRACT

The homecoming of hospitalized clients requires timely planning to avoid complications and readmissions. In elderly clients with gastrectomy, considering their specific situation, it requires involvement of himself and his family with the nursing teams, developing working together to identify and respond to needs in order to prepare for the homecoming. Accorded to Meleis Theories of Transitions and Gomes's Healthcare in Partnership with Elder, a stage Project was drawn contemplating Elderly underwent gastrectomy and his family, in order to develop skills as a nurse specialist in the area of Elderly intervention and contribute to the development of skills in the nursing care team in order to promote Selfcare, on the preparation for homecoming.

This project took place in a Central Hospital in Lisbon, between October/2012 and February/2013. It involved 8 elderly clients with gastrectomy and 39 nurses of the nursing team. It was developed in three distinct phases – Diagnostic Status, Implementation and Evaluation. The data for the diagnosis of the situation and evaluation were collected by document analysis, observation of practice and interviews, and were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

As a result the team began to write more individualized and complete records, ensuring continuity of interventions, the elder / family demonstrated mastery of their care, nutritional assessment was implemented, detecting five elderly clients at risk of malnutrition. The preparation of the homecoming, by the multidisciplinary team, started at the very beginning of hospitalization. The intervention with the elderly and reflective practice developed contributed to acquisition of specialist nurse's skills.

In conclusion the intervention in partnership is crucial to a person-centered care for elderly/family, allowing continuity of interventions in preparing individualized homecoming and the prosecution of each elderly's life project.

The development of pre and post-operative nursing interventions and a periodic nutritional evaluation, are suggested.

**Keywords:** elder/family, nursing interventions, partnership, homecoming

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. PROBLEMÁTICA – JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>15</b>
<b>2. QUADRO DE REFERÊNCIA.....</b>	<b>20</b>
2.1. O contexto de envelhecimento na sociedade atual .....	20
2.2. A pessoa idosa submetida a gastrectomia .....	21
2.3. O planejamento do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família.....	23
2.4. Cuidar em parceria com a pessoa idosa submetida a gastrectomia na promoção do Cuidado de Si.....	27
<b>3. DESENHO DO PROJETO .....</b>	<b>31</b>
3.1. Caracterização do local de estágio e população-alvo do projeto .....	31
3.2. Descrição das Atividades, Resultados Obtidos e Competências Desenvolvidas .....	32
3.3.1. Fase de Diagnóstico .....	32
3.3.2. Fase de Implementação.....	40
3.3.3. Fase de Avaliação.....	50
<b>4. REFLEXÃO SOBRE: OS RESULTADOS OBTIDOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>55</b>
4.1. Limitações do projeto.....	58
4.2. Questões éticas.....	59
4.3. Implicações para a prática/Sugestões .....	60
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>63</b>

## ANEXOS

**ANEXO I – Escala de avaliação nutricional Mini Nutricional Assessment (MNA)**



## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Cronograma de atividades**

**APÊNDICE II – Indicadores de avaliação dos registos de enfermagem**

**APÊNDICE III – Grelha de observação dos registos de enfermagem**

**APÊNDICE IV – Resultados estatísticos da avaliação inicial dos registos de enfermagem**

**APÊNDICE V – Enunciado de reflexão dos enfermeiros, corpo das respostas e sua análise**

**APÊNDICE VI – Revisão Sistemática da Literatura**

**APÊNDICE VII – Plano da sessão de formação**

**APÊNDICE VIII – Relatório da sessão de formação**

**APÊNDICE IX – Documento orientador para a sistematização da informação acerca da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia**

**APÊNDICE X – Plano de Educação à pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família**

**APÊNDICE XI – Material escrito de apoio à educação da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família**

**APÊNDICE XII – Instrumentos mobilizados na avaliação multidimensional da pessoa idosa**

**APÊNDICE XIII – Estudo de caso**

**APÊNDICE XIV – Experiência de estágio no Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos de um Hospital Central em Lisboa**

**APÊNDICE XV – Grelha de itens da avaliação final dos registos de enfermagem**

**APÊNDICE XVI – Resultados estatísticos da avaliação final dos registos de enfermagem comparativamente à avaliação inicial**

**APÊNDICE XVII – Guião de entrevista às pessoas idosas submetidas a gastrectomia**

**APÊNDICE XVIII – Corpo das respostas das pessoas idosas entrevistadas**

**APÊNDICE XIX – Análise de conteúdo das respostas das pessoas idosas entrevistadas**

## **ÍNDICE QUADROS**

**Quadro 1.** Objetivos e atividades desenvolvidos durante a primeira fase do projeto. 34

**Quadro 2.** Objetivos e atividades desenvolvidos durante a segunda fase do projeto 40

**Quadro 3.** Objetivos e atividades desenvolvidas durante a terceira fase do projeto.. 50

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

**Gráfico 1.** Resultados da avaliação nutricional ..... 44

**Gráfico 2.** Análise comparativa da variação dos indicadores avaliados nos registos de enfermagem..... 51

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**Tabela 1.** Peso dos clientes incluídos no projeto ..... 45

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade em Portugal caminhando-se para um aumento da representatividade dos idosos na população. É um fenómeno social e atual que caracteriza os países industrializados e, em particular, a Europa. O atual desenvolvimento tecnológico e científico tem contribuído para o aumento da esperança de vida. Verifica-se, a nível mundial, uma inversão da pirâmide demográfica devido, fundamentalmente, à diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, o que tem contribuído para um envelhecimento demográfico. Os Censos de 2011, disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), referem que a população idosa residente em Portugal representa cerca de 19 % da população total (INE, 2011). O envelhecimento é acompanhado por um conjunto de alterações que tornam a pessoa mais vulnerável pelo que são cada vez mais relevantes as intervenções de enfermagem dirigidas para a pessoa idosa.

No âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, área de especialização Pessoa Idosa realizou-se um estágio com a finalidade de desenvolver competências de especialista no cuidado à pessoa idosa, através de um projeto de intervenção, na área da pessoa idosa, com pertinência na prática e no contexto escolhido. O relatório aqui apresentado é referente ao projeto de estágio intitulado “A Preparação do Regresso a casa da Pessoa Idosa submetida a Gastrectomia e sua Família – A Parceria como Intervenção de Enfermagem” que pretende desenvolver estratégias para envolver a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família como parceiros no planeamento do regresso a casa, identificando necessidades transicionais, de modo a construir uma ação conjunta com o cliente e garantir a continuidade de cuidados durante e após a alta hospitalar, para a promoção do Cuidado de Si.

Para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área da pessoa idosa, foram considerados os regulamentos específicos da Ordem dos Enfermeiros (2010) e o Perfil de competências definido pela ESEL para o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-

Cirúrgica (ESEL, 2010). O primeiro preconiza o desenvolvimento de quatro domínios de competências comuns (responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais). O segundo recomenda uma formação especializada de alto nível científico através do desenvolvimento de projetos que reflitam e questionem práticas de enfermagem e que contribuam para processos de inovação na prática de cuidados.

O regresso a casa da pessoa idosa constitui uma situação de vulnerabilidade e fragilidade. Considerando a situação de gastrectomia na pessoa idosa, esta terá de desenvolver conhecimentos e capacidades para se adaptar à sua nova condição, gerir a situação de doença e alcançar o sucesso nessa transição (Meleis, 2010). Para esta autora, regresso a casa é uma transição geradora de desequilíbrio para a pessoa idosa e constitui, conjuntamente com o processo de alta, uma parte vulnerável do internamento, onde as intervenções de enfermagem são desenvolvidas para alcançar ou facilitar a saúde e o bem-estar. O planeamento do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia deverá, por isso, exigir atenção, precisão e rigor, para garantir a continuidade dos cuidados (Maramba, Richards, Myers e Larrabee, 2004; Gonçalves, 2008).

A prática de cuidar exige que se conheçam as necessidades individuais dos idosos/famílias, que se compreenda o seu processo de doença, exigindo-se mais esforços na capacitação das pessoas idosas e família na adaptação à nova situação e prossigam com a sua vida (Rydeman, Törnkvist, Agreus e Dahlberg, 2012).

O processo de parceria é visto como promotor do cuidado de si, assumindo condições essenciais, num contexto de vulnerabilidade e dependência, a necessidade de entender a pessoa idosa como um ser de projeto e de cuidado (Gomes, 2009). É valorizado um cuidado mais centrado no idoso, em que as intervenções são definidas com o cliente, permitindo-lhe um maior controlo sobre o seu projeto de saúde, prosseguindo a sua trajetória de vida.

No contexto da preparação do regresso a casa da pessoa idosa, torna-se fulcral considerar a família como parceiro e alvo de cuidados. Neste projeto a definição de família adotada é a de Wright e Leahey (2012) que considera a família aquela que quem os seus membros dizem que são. A inclusão dos familiares é considerada benéfica na transição para casa, sendo que quando educados estes demonstram

preparação e com capacidade para assumir os cuidados (Shyu, Chen, Chen, Wang e Shao, 2008). Atendendo ao inerente papel ativo que é exigido à família nos cuidados à pessoa idosa, torna-se fundamental que esta seja considerada parceira nos cuidados, durante o processo de hospitalização, e que as intervenções desenvolvidas sejam direcionadas para ambos.

Da revisão integrativa da literatura realizada, verifica-se que os idosos beneficiam com intervenções enquadradas em planos de alta ou programas direcionados para a transição do hospital para o domicílio (Moore, West, Kenn, Godfrey e Townsend, 2007; Merriman, 2008; Russel, Rosati, Sobolewski, Marren e Rosenfeld, 2011; Wong, Ho, Yeung, Tam e Chow, 2011; Clarke, Sohanpal, Wilson e Taylor, 2012; Laugaland, Aase e Barach, 2012). Verifica-se, também, que práticas inadequadas no planeamento da alta do idoso estão relacionadas com intercorrências e risco elevado de readmissão (Bauer, Fitzgerald, Haesler e Manfrin, 2009).

Para a concretização do estágio procedeu-se a uma reflexão das competências desenvolvidas ao longo do percurso profissional. Possuindo cinco anos de prática nos cuidados à pessoa idosa, foi preocupação constante atuar a partir de uma compreensão profunda da situação global do cliente, visando uma resposta eficaz às suas necessidades. De acordo com o Modelo de Dreyfus, descrito por Benner (2001), a autora do presente trabalho localiza-se, no início do estágio, no nível da proficiência. Neste estadio a aprendizagem é feita pela experiência e a “compreensão global melhora o seu processo de decisão (...) porque a enfermeira possui, agora uma perspectiva que lhe permite saber quais dos muitos aspectos e atributos são importantes” (Benner, 2001, p. 55).

Os objetivos gerais do projeto são: desenvolver competências como enfermeira especialista na área de intervenção à Pessoa Idosa, na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família, na preparação do regresso a casa, e contribuir para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para um cuidado em parceria com a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família, na preparação do seu regresso a casa, para a promoção do Cuidado de Si.

As atividades desenvolvidas foram suportadas numa metodologia de projeto, cujo objetivo principal é centrar-se na resolução de problemas e desenvolver

capacidades e competências para elaboração e concretização de projetos numa situação real (Freitas, 2010).

A contextualização teórica deste trabalho tem como base o Modelo de intervenção em Parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2009), que considera o indivíduo responsável pelo seu projeto de vida e parceiro de cuidados, e a Teoria das Transições de Meleis (2010), que defende a enfermagem como um processo facilitador das transições que ocorrem ao longo da vida.

O trabalho encontra-se organizado em nove capítulos. No primeiro é apresentada a problemática e justificação do projeto, seguindo-se o quadro de referência onde são explicitados os conceitos envolvidos e o estado de arte que sustentaram a prática ao longo do estágio. O terceiro capítulo expõe a metodologia adotada na implementação do projeto e a descrição das atividades e resultados obtidos. No quarto capítulo são discutidos os resultados obtidos e as competências desenvolvidas, seguindo-se, no quinto capítulo, a conclusão. A bibliografia encontra-se descrita no último capítulo. A norma APA sustentou a construção deste trabalho.

## 1. PROBLEMÁTICA – JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo procede-se à fundamentação da problemática deste projeto inserindo-a num serviço de cirurgia de um hospital central em Lisboa (SCHCL), contexto de implementação do projeto.

Considerando a experiência profissional, sempre direcionada para a prestação de cuidados à população adulta/idosa, a autora situa-se ao nível da proeficiência, de acordo com o modelo de *Dreyfus* de aquisição de competências de Benner (2001). Segundo esta, “a enfermeira proeficiente apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas” (Benner, 2001, p. 54-55).

Durante o percurso profissional e numa tentativa de busca pelo saber, a autora sentiu necessidade de evoluir para um nível de competência que Benner (2001) designa de Perita. A oportunidade surgiu com a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de cuidados à pessoa idosa.

Durante a realização do estágio da Opção I do referido Curso, no SCHCL, com a duração de 5 meses entre Março a Julho de 2012, surgiu a oportunidade de desenvolver a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia, tema sugerido por alguns enfermeiros do serviço, com concordância do enfermeiro chefe.

Verificou-se que a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia não era iniciada precocemente e a continuidade de cuidados não era garantida. Este processo envolve uma transição e requer a adaptação do cliente à sua nova condição de vida (Meleis, 2010; Smeltzer e Bare, 2010). Para tal, a equipa de enfermagem necessita de estar capacitada para agir enquanto facilitadora dessa transição, garantindo os cuidados necessários, tornando-se absolutamente necessário a aquisição de conhecimentos e competências específicos que respondam às necessidades identificadas. Considerando a complexidade e o rigor exigido a todos os intervenientes no processo de avaliação, deteção de

necessidades, planeamento, implementação e avaliação (Fox, 2008), este deverá ser um processo estruturado.

Trata-se de uma área de atuação do enfermeiro especialista pois exige uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e uma elevada adequação às necessidades das pessoas (OE, 2010). Por outro lado, implica uma capacidade de resposta dinâmica a essas necessidades, através da mobilização de conhecimentos e intervenção personalizada com a pessoa idosa. O enfermeiro especialista deve considerar as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde das pessoas que cuida, e deve mobilizar um elevado grau de julgamento clínico e de tomada de decisão (OE, 2010).

O Cuidado de Si, conceito central na teoria de Gomes (2009) reforça o papel do enfermeiro na promoção do cuidado do cliente por si mesmo ou por um cuidador, para que, em conjunto, se estabeleçam estratégias que garantam a prestação dos cuidados adequados ao cliente, e este assuma o papel principal no seu próprio processo de cuidados. Cuidar em parceria assume-se como facilitador desse processo, comportando ganhos em termos de conhecimentos, poder na tomada de decisão e domínio do processo de recuperação para o cliente.

Da revisão narrativa da literatura realizada, constata-se a necessidade da preparação do regresso a casa pela equipa de saúde, processo transversal à hospitalização (Maramba, Richards, Myers e Larrabee, 2004; Pereira, Tessarini, Pinto e Oliveira, 2007; Pompeo, Pinto, Cesarino, Araújo e Poletti, 2007). É referido que o processo de alta não abrange a totalidade dos aspetos considerados como importantes para as pessoas idosas, comprometendo a participação do cliente nesse processo (Foss e Askautrud, 2010).

Um planeamento do regresso a casa inadequado propicia a existência de necessidades não satisfeitas após a alta (Maramba, Richards, Myers e Larrabee, 2004). Existe uma relação direta entre a qualidade do planeamento de alta e a readmissão hospitalar, sendo que melhores resultados são obtidos se for envolvida e educada a família e se houver comunicação e coordenação entre os profissionais de saúde e os familiares, envolvendo os sistemas de apoio após a alta (Bauer, Fitzgerald, Haesler e Manfrin, 2009).

Atendendo à importância que a família assume neste processo é indispensável o seu envolvimento; ela é considerada um recurso do sistema de saúde, ocupando um



lugar privilegiado no suporte ao idoso (Meleis, 2010). Outros autores consideram que a família e os seus idosos necessitam de continuidade de educação e tratamento em casa, pois é frequente apresentarem dúvidas imediatamente após a alta hospitalar (Soler, Canal, Noguer, Poch, Motge e Gil, 2010).

A evidência mostra que os idosos beneficiam, com ganhos para a sua saúde, com intervenções enquadradas em planos de alta ou programas de transição, direcionadas para a sua transferência do hospital para o domicílio (Moore, West, Kenn, Godfrey e Townsend, 2007; Merriman, 2008; Russel, Rosati, Sobolewski, Marren e Rosenfeld, 2011; Wong, Ho, Yeung, Tam e Chow, 2011; Clarke, Sohanpal, Wilson e Taylor, 2012; Laugaland, Aase e Barach, 2012).

Em Portugal<sup>1</sup> o cancro do estômago apresenta uma incidência de 6,7% dos tumores malignos, com uma taxa de mortalidade de 10% ao ano e com uma prevalência de 4,1% aos 5 anos; é o quinto mais frequente, e os homens são os mais afetados, apresentando um *ratio* de 2:1; na Europa<sup>1</sup>, este cancro continua a ser o quinto mais frequente, apresentando uma incidência de 4,5%, uma mortalidade de 6,8% e uma prevalência, aos cinco anos de 2,4%; tal como em Portugal, a incidência é maior nos homens, com um *ratio* de 3:2 (Globocan, 2008).

Analisando a casuística de 2012 do SCHCL, verificou-se que 38% dos clientes submetidos a gastrectomia eram idosos, com uma idade média de 63,5 anos e com um tempo médio de internamento de 8,6 dias.

Pela análise dos registos de enfermagem de processos clínicos, observação de práticas dos enfermeiros e passagens de ocorrências, verificou-se que a preparação do regresso a casa destes clientes não era realizada de uma forma estruturada por toda a equipa, não era baseada em nenhum procedimento sistemático e estruturado (apesar de existir um Procedimento Multisectorial intitulado “Alta do Doente Adulto” referente a aspetos burocráticos da alta), não havia garantia de continuidade de cuidados intra e extra-hospitalares. Não estava disponível material de apoio à educação à pessoa idosa submetida a gastrectomia e não existia consulta de enfermagem (pré ou pós-operatória) para os clientes gastrectomizados.

Após discussão destes dados com a equipa foi aceite a necessidade de melhoria das práticas de cuidados na preparação da transição dos cuidados para o regresso

---

<sup>1</sup>Dados relativos ao número total de cancros, excluindo os cancros da pele à excepção do melanoma.

a casa da pessoa idosa/família, nomeadamente na identificação de necessidades, conhecimento da pessoa idosa, envolvimento da família, avaliação nutricional e continuidade de cuidados, aspetos esses defendidos por Soler, Canal, Nogueira, Poch, Motge e Gil (2010) e Ferreira, Mendes, Fernandes e Ferreira (2011).

Algumas iniciativas estavam já a ser implementadas, como o alargamento do horário de visitas para uma maior oportunidade de contacto entre os enfermeiros e os familiares e o planeamento de apresentação e discussão de comunicações orais referentes aos cuidados ao doente gastrectomizado. Porém, ainda se verificava que o dia da alta era decidido e comunicado à equipa, a maior parte das vezes no próprio dia. Os dados colhidos reforçam a importância de trabalhar em parceria com os clientes gastrectomizados e sua família, na estruturação do regresso a casa envolvendo o cliente como parceiro de cuidados, para que desenvolvam e consolidem conhecimentos e capacidades que lhes permitam assumir o cuidado de Si ou assegurar o cuidado do outro (Gomes, 2009), possibilitando uma transição saudável (Meleis, 2010), no seu processo de cuidados, do hospital para casa.

Uma inadequada preparação do regresso a casa e a escassa articulação com os serviços de saúde dificultam o assumir o cuidado por parte do cliente e podem atrasar o regresso a casa. O domínio do conhecimento sobre os seus cuidados, quer pela pessoa idosa, quer pela sua família e a continuidade de intervenções na comunidade são determinantes para uma transição saudável.

A intervenção do enfermeiro especialista na área da pessoa idosa é essencial na capacitação, promoção da autonomia, bem-estar e *empowerment*, na preparação para aquisição de competências nos cuidados e na antecipação de necessidades. Porém, este acompanhamento de enfermagem não se deve limitar ao período da hospitalização, devendo prolongar-se ao regresso a casa, de forma a garantir a continuidade de cuidados.

Este projeto teve como finalidade desenvolver estratégias para envolver a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família como parceiros no planeamento do regresso a casa, identificando as suas necessidades nessa transição, de modo a construir uma ação conjunta com o cliente, que garanta a continuidade de cuidados durante e após a alta hospitalar, promovendo a capacidade do cuidado de si. Com o mesmo, pretende-se o desenvolvimento e aquisição de competências de enfermeira especialista ao nível da prática clínica, da formação, da investigação, da melhoria

contínua da qualidade, da gestão e da responsabilidade profissional, ética e legal. Para tal definiram-se os seguintes objetivos de estágio:

- Desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista na área de intervenção à Pessoa Idosa, na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família na preparação do regresso a casa;
- Desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para um cuidado em parceria com a pessoa idosa submetida a gastrectomia e família, na preparação do seu regresso a casa, para a promoção do Cuidado de Si.

Como guia de orientação para a elaboração da revisão de literatura que sustente as intervenções definiu-se a seguinte pergunta de partida: **Quais as intervenções de enfermagem que promovem a parceria com a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família na preparação do regresso a casa?**. Foram utilizados os seguintes termos para pesquisa – eld\* OR old\* OR ag\* AND return\* home OR discharg\* AND partnership OR empowerment.

Desta pergunta inicial emergiram outras questões: Que estratégias podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro na preparação do regresso a casa? Quais as dificuldades enunciadas pela pessoa idosa submetida a gastrectomia/família na preparação do regresso a casa? De que modo a parceria capacita para a transição para casa? As respostas a estas questões ajudarão a integrar melhor a evidência no desenvolvimento deste projeto.

No próximo capítulo será apresentado o quadro de referência que justifica a pertinência do projeto e sustentou a prática de cuidados ao longo do estágio.

## **2. QUADRO DE REFERÊNCIA**

Neste capítulo é apresentado o referencial teórico que sustenta o projeto, de acordo com a evidência científica. Será desenvolvido o conceito de transição dos cuidados da pessoa idosa gastrectomizada no planeamento do regresso a casa, e analisado o modelo de parceria nesta situação.

### **2.1. O contexto de envelhecimento na sociedade atual**

Nas últimas décadas, o envelhecimento da população a nível mundial apresenta-se como um fenómeno com ambiguidades no campo dos significados e das consequências, constituindo um grande desafio para profissionais de saúde, governos, famílias e sociedades em geral.

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida, pelo que deve ser pensado numa perspetiva positiva, centrada nas características individuais da pessoa que envelhece e nas medidas preventivas de controlo e redução das perdas, para haver uma descentralização dos efeitos negativos da velhice (Sequeira, 2010). O organismo começa a envelhecer após a sua conceção e, mesmo com as limitações advindas das patologias ao longo da vida, existem oportunidades para se continuar a ser útil, ter uma vida cheia de significado e felicidade (Eliopoulos, 2005).

A abordagem ao envelhecimento deve ser individualizada, de acordo com a história e percurso de cada pessoa, considerando as dimensões biológica, psicológica, sociológica e cronológica, no sentido de alcançar bem-estar individual e qualidade de vida (Fonseca, 2006; Sequeira, 2010; Paúl e Ribeiro, 2012).

Os idosos representam cerca de 19% da população residente em Portugal (INE, 2011) e prevê-se que, em 2050, este valor seja de 32% (INE, 2004). Estes dados justificam-se atendendo ao desenvolvimento socioeconómico das populações, à melhoria do acesso aos cuidados de saúde e à evolução das ciências da saúde (Fernandes, 2007). Estas condições, propícias ao aumento da longevidade, associam-se à redução das taxas de fertilidade, contribuindo para “o contínuo

‘agrisalhamento’ da população mundial” (Organização Mundial de Saúde, 2005, p.8). O envelhecimento da sociedade portuguesa acompanha esta tendência mundial de inversão da pirâmide de idades sendo que, nas últimas quatro décadas, a percentagem da população idosa duplicou (Gonçalves e Carrilho, 2006).

Associado às alterações no padrão epidemiológico, nas estruturas e nos comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, o envelhecimento demográfico comporta novas exigências para a saúde que devem ser encaradas como um desafio (OMS, 2005) e que implicam a organização e estruturação de respostas adequadas. Criar condições que permitam envelhecer com saúde, autonomia e independência deverá ser o grande objetivo da nossa sociedade. O envelhecimento deve deixar de ser um problema e ser, simplesmente, uma etapa natural do ciclo da vida (Osório e Pinto, 2007).

Há situações causadoras de instabilidade, vulnerabilidade e fragilidade na pessoa idosa. Uma delas é a hospitalização que obriga a uma ausência do meio familiar, causando uma transição. Torna-se imperativo realizar estudos dirigidos à pessoa idosa para identificar e responder ao complexo crescimento das suas necessidades em cuidados de saúde, para diminuir as consequências advindas da hospitalização, obter ganhos para a saúde e assegurar a qualidade de vida e domínio dos cuidados.

A situação de gastrectomia acrescenta necessidades específicas para o idoso que se vê confrontado com a necessidade de adquirir novos conhecimentos e competências para cuidar de si.

## **2.2. A pessoa idosa submetida a gastrectomia**

A proporção de clientes idosos com o diagnóstico de neoplasia gástrica tem aumentado mundialmente (Costa, et al, 2004; Toneto, Moreira, Neto e Souza, 2004).

Fatores biológicos, genéticos e ambientais influenciam o processo de carcinogénese do estômago (Phipps, 2009). A gastrectomia é o tratamento cirúrgico adotado, mas implica a perda de função de reservatório, da mistura dos alimentos com o suco gástrico e alteração do processo de digestão dos alimentos motivando consequências nutricionais (Papini-Berto e Burini, 2001; Smeltzer e Bare, 2010). Estas são particularmente acentuadas na pessoa idosa, atendendo à sua fragilidade e vulnerabilidade, aquando do internamento hospitalar (Cabete, 2005).

As causas de desnutrição após a ressecção gástrica não estão determinadas, mas sabe-se que os mecanismos que a originam são multifactoriais: ingestão calórica inadequada, insuficiência pancreática exócrina, alteração na digestão e absorção, alteração da mucosa intestinal, redução do tempo de trânsito intestinal e a progressão da doença (Miranda, 2008; Phipps, 2009).

Os sinais e sintomas mais frequentes na pessoa gastrectomizada são perda de peso, anorexia, diarreia, síndrome de dumping<sup>2</sup>, anemia e mal absorção, com consequente desnutrição (Papini-Berto e Burini, 2001; Phipps, 2009; Smeltzer e Bare, 2010). Por outro lado, as alterações decorrentes do envelhecimento podem afetar o estado nutricional da pessoa idosa (Ferry e Alix, 2004), potenciando a incapacidade física, diminuir a qualidade de vida e aumentar a morbilidade e consecutivamente, a mortalidade (Loureiro, 2008).

Mello, Lucena, Echer e Luzia (2010) analisaram a produção científica sobre aspetos importantes das orientações de enfermagem em clientes gastrectomizados. Concluíram que as abordagens relacionadas com os períodos pré e pós-operatórios não valorizavam o conhecimento de questões indispensáveis para que a enfermeira promovesse intervenções eficientes junto dos clientes, e concluíram a escassa existência de trabalhos realizados por enfermeiros, nesta área.

Paiva, Santos, Pimentel e Ferreira (2011) efetuaram uma revisão sistemática da literatura sobre o impacto da gastrectomia em utentes com carcinoma gástrico, concluindo que o enfermeiro é um elemento facilitador no processo de transição de saúde-doença, promovendo a autonomia e independência necessárias na satisfação de necessidades de autocuidado, e reforçam que os cuidados nutricionais precoces produzem benefícios.

Assim, o enfermeiro deverá desenvolver um plano de cuidados individualizado, baseado nas preferências alimentares do idoso e, se possível, envolvendo os familiares. Um plano assim estruturado facilitará o processo de preparação do regresso a casa da pessoa idosa gastrectomizada.

---

<sup>2</sup> Este termo refere-se a um desagradável conjunto de sintomas vasomotores e gastrointestinais que podem ocorrer nas pessoas submetidas a gastrectomia ou vagotomia; os sintomas ocorrem em consequência da rápida distensão da ansa jejunal anastomosada ao estômago; o conteúdo intestinal hipertónico absorve fluido extracelular do volume sanguíneo circulante para o jejuno para diluir a elevada concentração de eletrólitos e açúcar. Os sintomas incluem: sensação de enfartamento; fraqueza; enjoos/náuseas; palpitações; suores; cólicas; diarreia. Mais tarde, ocorre uma rápida elevação da glicémia, seguido de um aumento da secreção de insulina, o que resulta numa hipoglicémia reativa, acompanhada de outros sintomas como: palidez; perspiração; palpitações; cefaleias; sensação de calor; náuseas; sensação de lipotímia (Smeltzer e Bare, 2010).

### **2.3. O planeamento do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família**

A hospitalização e o regresso a casa representam, para o idoso, uma ameaça e um desafio, que podem ser experimentados de formas distintas, consoante a sua capacidade de adaptação, as experiências anteriores, as representações de saúde e de doença, entre outras (Moniz, 2003; Cabete, 2005).

A transição inerente ao regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família constitui um fator gerador de desequilíbrio, que requer o assumir de novos papéis, o desenvolver de novas competências e conhecimentos, a redefinição do *self* no contexto social e, consequentemente, uma adaptação à nova condição de vida, para alcançar um período de estabilidade; por outro lado, as pessoas submetidas a transições tendem a ser mais vulneráveis aos riscos que podem afetar a sua saúde e bem-estar (Meleis, 2010).

Define-se transição como uma passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outra, entre dois períodos de tempo relativamente estáveis; trata-se de um conceito múltiplo e complexo que envolve elementos de processo, período de tempo e percepção (Meleis, 2010). Para esta, o regresso a casa é considerado como uma transição situacional, em que as competências de educação para a saúde dos enfermeiros influenciam a qualidade do ensino e a resposta do cliente. Neste contexto, a pessoa idosa pode experienciar várias transições simultaneamente, como por exemplo: transição de desenvolvimento, que diz respeito ao processo de envelhecimento individual; transição situacional, como é o internamento desencadeado por uma doença; transição de saúde-doença, relativamente à resposta do cliente nos seus diferentes contextos de doença.

O enfermeiro desempenha um papel de agente de mudança por se encontrar numa posição privilegiada para antecipar ou detetar as transições e identificar as condições que as podem facilitar ou inibir, permitindo o desenvolvimento de intervenções que potenciam resultados positivos (Meleis, 2010). A autora considera que a enfermagem, enquanto disciplina, se centra nas experiências humanas das pessoas que se encontram em situação de transição, onde a saúde e a percepção de bem-estar são os resultados pretendidos. As intervenções de enfermagem, que têm como foco central o cliente de enfermagem, são facilitadoras deste processo, pois



têm como objetivo prevenir transições não saudáveis, promover o bem-estar e gerir a experiência da transição, que é o regresso a casa.

O cliente de enfermagem é definido como

“um ser humano com necessidades que está em constante interação com o ambiente e que tem a capacidade de se adaptar a esse ambiente mas, que devido à doença, risco ou vulnerabilidade a uma doença potencial, pode entrar em desequilíbrio com o meio que o rodeia” (Meleis, 2005, p. 107).

Regressar a casa surge como uma transição que requer cuidados específicos e adaptados à pessoa idosa, exigindo rigor na sua preparação. Importa distinguir os conceitos de “alta” e de “regresso a casa”. A alta refere-se à saída do cliente do hospital e implica um processo administrativo, decorrente da assinatura médica (Cabete, 2005; Rebelo, 2012). A preparação do regresso a casa engloba a preocupação com a saúde, bem-estar e segurança do cliente e família, sendo necessária a mobilização de recursos que capacite o cliente para os cuidados além da alta (Rebelo, 2012); está associada à elevada satisfação dos clientes e cuidadores, melhoria da referenciação e utilização dos serviços da comunidade, redução de complicações pós-alta, de readmissões e do tempo de internamento, assim como dos custos associados (Maramba, Richards, Myers e Larrabee, 2004).

Outros autores têm abordado o tema de regresso a casa. Gonçalves (2008, p. 82) descreve-o como “um processo contínuo e gradual que deve iniciar-se na admissão hospitalar, variando de acordo com a fase e estado em que o idoso se encontra” e que deve envolver toda a equipa de saúde. Para Rebelo (2012), exige a criação de um ambiente promotor da participação do doente, onde a presença de familiares/pessoas significativas e o desenvolvimento e aprendizagem de comportamentos impelem o cuidado de si e do outro. Para Grimmer e Moss (2001) os objetivos da preparação da alta são minimizar o tempo de internamento, facilitar a transição para a comunidade, resolver problemas e atingir determinados objetivos, atendendo às expectativas dos clientes, família e profissionais de saúde. Nesse processo de preparação do regresso a casa, Florêncio (2011) apresenta-nos que a garantia da continuidade dos cuidados é conseguida por registos mais individualizados e completos, pela partilha de informação entre a equipa multidisciplinar e pela articulação com os recursos da comunidade.



Para assegurar a qualidade dos cuidados, a pessoa idosa gastrectomizada deve adaptar-se a uma nova situação, adquirindo conhecimentos relativos ao plano alimentar, ao regime medicamentoso e aos sinais e sintomas de potenciais complicações (Miranda, 2008; Smeltzer e Bare, 2010).

Vários trabalhos demonstram que a implementação de um plano de alta e regresso a casa e a existência de um modelo de intervenção que envolva a família e a pessoa idosa são promotores da transição (Moore, West, Kenn, Godfrey e Townsend, 2007; Merriman, 2008; Wong, Ho, Yeung, Tam e Chow, 2011; Clarke, Sohanpal, Wilson e Taylor, 2012; Laugaland, Aase e Barach, 2012).

Laugaland, Aase e Barach (2012) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de identificar e avaliar os efeitos das intervenções que melhoram a transição do idoso do hospital para a comunidade. Concluíram que as intervenções desenvolvidas acarretavam diversos benefícios: redução das taxas de readmissão, redução dos efeitos adversos da medicação, diminuição da utilização dos serviços de saúde, satisfação do cliente e diminuição de custos. Realçaram que o conhecimento dos enfermeiros sobre a transição de cuidados deve ser melhorado.

Russel, Rosati, Sobolewski, Marren e Rosenfeld (2011) desenvolveram um estudo observacional retrospectivo, em 223 cliente, o qual demonstrou que a prestação de cuidados, enquadrados num programa de transição, entre hospital e equipa de cuidados domiciliários diminui a probabilidade de readmissão hospitalar.

Wong, Ho, Yeung, Tam e Chow (2011) levaram a cabo um estudo exploratório, que abrangeu 686 clientes aleatórios com mais de 60 anos, com o objetivo de analisar os resultados de um programa de parceria de saúde-social no período pós-alta desses clientes. Comprovaram que esse programa, além de reduzir a taxa de readmissão hospitalar, poderia melhorar significativamente a qualidade de vida, a auto-eficácia e a satisfação com os cuidados, permitindo a antecipação das necessidades pós-alta.

Clarke, Sohanpal, Wilson e Taylor (2012) realizaram um estudo exploratório em 23 idosos hospitalizados com DPOC e analisaram a perceção desses clientes sobre a alta precoce; concluíram que um modelo de alta precoce articulado com os cuidados domiciliários deveria promover uma igualdade na parceria entre cliente-profissional de saúde.

Merriman (2008) apresenta um plano alternativo de preparação da alta centrado no idoso/família que começa antes da admissão e continua após a alta; nesse plano, a tomada de decisão dos profissionais deve ser centrada no cliente/família e no planeamento da alta. Considerou que os idosos aprendem mais efetivamente quando a nova informação é construída em conhecimentos e experiências de vida anteriores.

Moore, West, Kenn, Godfrey e Townsend (2007) avaliou a implementação de um cuidado intermédio para 153 idosos, em 5 localidades, em Inglaterra, seguidos durante 6 meses após a alta hospitalar e realçou que esta abordagem é facilitadora da transição dos idosos entre os serviços.

Johansson, Katajisto e Salanterä (2010) desenvolveram um estudo com o objetivo de comparar o conhecimento de dois grupos de clientes com artrite reumatóide propostos para artroplastia da anca sobre os seus cuidados. Concluíram que a abordagem telefónica e utilização de material educacional escrito podem ajudar a aumentar e a consolidar o conhecimento do cliente sobre os seus cuidados.

Sennour, Counsell, Jones e Weiner (2009) procuraram melhorar a qualidade dos cuidados aos idosos com síndromes geriátricos através do desenvolvimento e implementação de uma consulta geriátrica pró-ativa. Questionaram 28 clientes e 6 profissionais de saúde que referenciavam os seus idosos para essa consulta e identificaram as seguintes vantagens: melhoria da qualidade dos cuidados prestados; diminuição do tempo de internamento; diminuição de custos hospitalares; contribuição para o treino médico.

Huby, Brook, Thompson e Tierney (2007) procederam a um estudo observacional a 22 idosos selecionados e elementos da equipa de saúde. Pretendiam compreender como é que os clientes idosos e os profissionais de saúde entendiam, experimentavam e determinavam a participação dos clientes no planeamento de alta, tendo concluído que a rotina nos cuidados tende a excluir a equipa e os clientes de uma tomada de decisão ativa.

Parrish, O'Malley, Adams, Adams e Coleman (2009) desenvolveram um programa de cuidados transicionais com o objetivo de identificar fatores sustentadores dessa intervenção. O programa foi implementado em 10 hospitais da Califórnia e organizações na comunidade, durante 12 meses. Concluíram que, para melhorar a transição entre os serviços de saúde é necessário abordar aspetos como: uma forte

liderança nos cuidados transicionais; a articulação entre hospital e comunidade; as necessidades específicas na comunidade; a gestão e adaptação do regime medicamentoso.

Em suma, a evidência científica revela que o planeamento do regresso a casa deve ser um processo contínuo, holístico e centrado no cliente, devendo envolver este, a família, a equipa de saúde e as organizações. As intervenções direcionadas para esta transição são apontadas como benéficas, destacando-se a entrega de material educacional, a abordagem telefónica, a preparação pré-internamento e o acompanhamento pós-alta, o plano de alta centrado no cliente, a existência de um líder desse programa, a integração dos novos conhecimentos construídos baseados em conhecimentos e experiências anteriores, um trabalho em parceria entre enfermeiro-cliente-organizações, a articulação entre hospital e comunidade, o ensino sobre a gestão e adaptação do regime medicamentoso. A consulta pró-ativa é apresentada como potencialmente benéfica e realça-se a necessidade de implementação de um plano de alta e a criação de um modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa/família.

#### **2.4. Cuidar em parceria com a pessoa idosa submetida a gastrectomia na promoção do Cuidado de Si**

Um conceito nuclear na definição de parceria é o Cuidado de Si, conforme definido por Foucault (1984), segundo o qual cada um de nós deve estar capacitado para reconhecer as suas necessidades e mobilizar as suas capacidades no sentido de as satisfazer. Num sentido mais lato, este conceito abrange também a relação com o Outro, cuidador de Si, para suprir ou prestar esses mesmos cuidados. O cuidado de Si deve-se à consciencialização do indivíduo enquanto ser individual e social das suas capacidades para lidar com as suas necessidades e de recrutar em si mesmo ou no outro os meios para a sua satisfação.

Cuidar em parceria com o cliente assume-se como uma intervenção de enfermagem facilitadora na transição do regresso a casa; ao capacitar a pessoa idosa/família para assumir ou assegurar o cuidado, o enfermeiro garante a qualidade e continuidade dos cuidados necessários. Esse processo será melhor sucedido se o enfermeiro compreender a natureza e possíveis condições da transição que o cliente vive, para que possa, então, assegurar o Cuidado de Si.

As intervenções em parceria exigem que o enfermeiro repense as suas práticas e centre os seus cuidados na pessoa, perspetivando o cliente como responsável pelo seu próprio projeto de vida; exige que este se torne protagonista da sua própria existência, devendo ser “um processo social, global, multidimensional e multicultural” (Gomes, 2007, p. 110). A parceria entre enfermeiro-cliente pressupõe aspetos como a cooperação, a partilha de responsabilidade, respeito, confiança, cortesia, autenticidade e relação interpessoal (Gallant, Beaulieu e Carnevale, 2002). Como dimensões da parceria destacam-se a partilha de conhecimento, partilha de poder, autonomia do cliente e tomada de decisão conjunta (Hook, 2006). Tem subjacente um processo negociado com vista à autonomia da pessoa (Hesbeen, 2000).

São mencionadas várias vantagens à participação dos clientes nos seus próprios cuidados – uma maior satisfação do cliente, uma educação para a saúde mais eficaz, sendo “neste entrelaçado de conceitos de envolvimento, de colaboração, de participação e de empowerment que se situa o conceito de parceria” (Gomes, 2009).

A enfermeira é a pessoa que pode possibilitar a participação do cliente no processo de cuidados, devendo criar oportunidades para o seu envolvimento ativo nas decisões que lhe estão relacionadas (Tutton, 2005). O autor apresenta o respeito e confiança como conceitos dinâmicos essenciais no processo de negociação, onde o conhecimento da pessoa e da sua história por parte do enfermeiro, permite a participação do cliente no processo de cuidados e promove a criação de oportunidades para o conhecimento e compreensão da pessoa e do cuidado. A parceria envolve uma partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com os outros, estando relacionado com o conceito de *empowerment* por aumentar a capacidade das pessoas para tomarem controlo da sua vida (Squire, 2005).

A preparação do regresso a casa deve basear-se num planeamento gradual e contínuo, a iniciar no momento da admissão, que deve atender ao projeto de vida do cliente idoso. O plano deve ser construído em parceria com este, permitindo a construção de uma ação conjunta, quando o cliente tem capacidade de decisão ou a construção de uma ação em que o cuidado de Si é garantido pelo enfermeiro ou familiar, quando o cliente não tem capacidade de decisão (Gomes, 2009). Este modelo de cuidados – Modelo de Intervenção em Parceria com a Pessoa Idosa apresentado por Gomes (2009) –, defende que quando o doente idoso com dependência e vulnerabilidade não tem capacidade de autonomia, se deve adotar

uma estratégia de construção de uma ação em que o enfermeiro assegura o controlo do cuidado do outro, assumindo ele próprio o cuidado que o outro deveria assumir consigo próprio, ou capacitando a família ou outro elemento significativo para assumir esse cuidado (Gomes, 2009).

Define-se parceria como

“um processo que promove o cuidado de Si e envolve a construção de uma acção, na qual se partilham significados da experiência da pessoa dados por esta, ou pela família, com um duplo sentido: a construção de uma acção conjunta, quando o doente tem capacidade de decisão; a construção de uma acção em que o cuidado de Si é assegurado pelo enfermeiro, quando o doente não tem capacidade de decisão. Desta forma, se contribui para a autonomia do doente idoso e para um cuidado mais centrado na pessoa, permitindo que esta possa controlar ou prosseguir o seu projecto de vida e de saúde” (Gomes, 2009, p. 251).

Para a autora, este processo desenvolve-se em cinco fases:

1. Revelar-se – o enfermeiro procura conhecer a identidade e o potencial de desenvolvimento da pessoa e compreender a situação de doença e as suas implicações na trajetória da vida da pessoa;
2. Envolver-se – caracteriza-se pela criação de uma relação de reciprocidade; implica o estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver essa relação que permite ir de encontro à pessoa; o envolvimento da pessoa idosa possibilita reconhecer a falta de conhecimentos ou limitações/implicações da doença, e permite ao enfermeiro identificar as situações que motivam a vida das pessoas e identificar as possibilidades de recurso para o cuidado de Si;
3. Capacitar e Possibilitar – implica a construção de uma ação conjunta entre enfermeiro e pessoa idosa, para o desenvolvimento de competências para agir e decidir; tem em conta a partilha dos significados da experiência na ação, ou pela ação do enfermeiro, assegurando o cuidado que o outro deveria conseguir se tivesse a capacidade para decidir; possibilita a continuação do seu projeto de vida; pressupõe um processo informado, refletido e negociado para capacitar o outro para o cuidado de Si. O conhecimento que se detém sobre a pessoa e o seu contexto de vida é essencial para promover o cuidado de Si ou para capacitar a família a assegurar esse cuidado;
4. Comprometer-se – representa esforços conjuntos para se atingirem os objetivos definidos; as ações efetuadas visam uma transição progressiva de uma capacidade potencial para uma real;

5. Assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro – acontece quando o cliente tem controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde, mantendo-se informado e com capacidade de decisão sobre os seus cuidados, sobre aquilo que ele considera ser melhor para si e sobre o que ele considera proporcionar mais conforto e bem-estar; ou quando a família adquire a capacidade para ajudar e cuidar do cliente, atendendo às decisões partilhadas pelo mesmo. Nesta fase, o cliente consegue gerir a sua situação de doença e consegue atuar face à mesma, e o enfermeiro garante que este tem condições para seguir a sua trajetória de vida.

Trabalhar em parceria implica criar momentos de partilha e de reflexão com os seus parceiros, e “significa o reconhecimento das capacidades das pessoas idosas para tomar decisões, para assumir as suas convicções, escolhas de vida e as suas próprias responsabilidades” (Gomes, 2002, p. 64). Conforme nos revela um trabalho desenvolvido por Lopes (2011) no âmbito da avaliação nutricional em parceria com a pessoa idosa com insuficiência cardíaca, as estratégias delineadas em parceria com as pessoas idosas e suas famílias revelaram-se benéficas, traduzindo uma melhoria do estado nutricional. A autora reconheceu a importância de assumir as pessoas idosas e família como parte integrante da equipa de cuidados, bem como a sua capacidade de ação e decisão sobre a sua saúde e controlo da doença.

A atuação do enfermeiro especialista na área da pessoa idosa deve ser centrada num trabalho de parceria com o cliente de enfermagem, pois facilita o trabalho conjunto, a definição de objetivos comuns, a identificação de necessidades e potencialidades, a partilha de conhecimentos, a incorporação de novos conhecimentos e mudanças de comportamentos e práticas para assumir novos papéis. O planeamento do regresso a casa em parceria com a pessoa idosa deverá ser iniciado precocemente para possibilitar a sua transição para o domicílio nas melhores condições possíveis, garantindo os cuidados necessários, pelo cliente, ou por outro, devendo incluir o cliente, família e profissionais.

O capítulo que se segue remete para o desenho do projeto, onde é apresentada a metodologia adotada e são expostas as atividades desenvolvidas e resultados obtidos na implementação do projeto.

### **3. DESENHO DO PROJETO**

Este capítulo incide na metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto de estágio. É realizada uma caracterização do contexto de estágio e dos participantes, são descritas as atividades desenvolvidas e os resultados e competências alcançadas.

Foi adotada a metodologia de projeto, cujo objetivo principal se centra na resolução de problemas e no desenvolvimento de capacidades e competências para elaboração e concretização de projetos numa situação real (Freitas, 2010). Para o autor, esta metodologia é constituída por cinco fases: diagnóstico; planificação; execução das atividades; avaliação; e divulgação dos resultados.

#### **3.1. Caracterização do local de estágio e população-alvo do projeto**

O estágio decorreu no SCHCL. Trata-se de um serviço constituído por 56 camas, estando disponíveis 33 vagas na enfermaria de mulheres, e as restantes 23 na enfermaria de homens.

A equipa de enfermagem é constituída por 39 enfermeiros (incluindo 3 especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica) e pelo enfermeiro-chefe (especialista em Enfermagem de Reabilitação). Trata-se de uma equipa de enfermagem maioritariamente jovem, com interesse pela formação contínua e com espírito inovador.

No desenvolvimento deste projeto participaram 8 pessoas idosas submetidas a gastrectomia (5 do sexo masculino e 3 do sexo feminino), que estiveram hospitalizadas no serviço de cirurgia no período de 01/10/2012 a 15/02/2013. A média de idades dos clientes foi de 73,75 anos, e a média da duração do internamento foi de 20 dias.



### **3.2. Descrição das Atividades, Resultados Obtidos e Competências Desenvolvidas**

Para a implementação deste projeto foram delineadas 3 fases contínuas, delimitadas temporalmente (vide cronograma de atividades no Apêndice I).

Na primeira fase realizou-se um diagnóstico da situação, para identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem, ao nível do Conhecer/Envolver-se com a pessoa idosa e sua família, e as restantes práticas em parceria com o cliente (nas fases do Capacitar e Possibilitar, Comprometer-se, Assumir o Cuidado de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro). Pretendeu-se, também, envolver os enfermeiros do SCHCL no projeto, promovendo a sua participação, e desenvolver competências na equipa de enfermagem, na preparação do regresso a casa da pessoa idosa gastrectomizada/família. As estratégias de implementação foram discutidas com a equipa, a qual assumiu um papel ativo na sua aplicação.

Na segunda fase, procedeu-se à aplicação do plano de educação na prática de enfermagem, alicerçado nas fases da parceria. Num primeiro momento procurou-se conhecer a pessoa idosa e sua família (respeitando as fases Conhecer e Envolver-se do processo de parceria) e num segundo momento, construiu-se a capacidade de cuidado de Si em parceria com a equipa de enfermagem (relativas às fases Capacitar/Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o Cuidado de Si ou Assegurar o Cuidado do Outro).

Na terceira fase, efetuou-se uma avaliação global do impacto do projeto nos cuidados, através da análise de registos de enfermagem, entrevista ao cliente idoso e entrevista aos enfermeiros com o objetivo de identificar as mudanças realizadas e quais os ganhos conseguidos.

Segue-se uma exposição das atividades desenvolvidas em função dos objetivos específicos, concluindo-se a sua apresentação com os resultados obtidos, aprendizagens efetuadas e competências desenvolvidas.

#### **3.2.1. Fase de Diagnóstico**

Com base na metodologia de projeto, o estágio foi iniciado através da elaboração do diagnóstico da situação. Esta primeira fase decorreu no mês de Outubro de 2012 e foram realizadas as atividades apresentadas no quadro seguinte:



**Quadro 1.** Objetivos e atividades desenvolvidos durante a primeira fase do projeto.

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
Identificar as práticas de cuidados referentes à Promoção do cuidado de Si na transição dos cuidados do hospital para casa, realizadas no serviço, tendo por base o processo de Parceria, nas suas diferentes fases	Análise dos registos de enfermagem
	Entrevista a enfermeiros para análise das práticas existentes
Contribuir para o desenvolvimento de competências pessoais e na equipa de enfermagem para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família	Revisão sistemática e narrativa da literatura
	Prática Baseada na Evidência
	Socialização no serviço
	Apresentação do projeto de estágio em formação em serviço e em reuniões informais
	Discussão do plano de educação à pessoa idosa com a equipa de enfermagem
	Envolvimento e motivação da equipa de enfermagem
	Análise e discussão de artigos

**Atividade 1: Análise dos registos de enfermagem**

Para poder desenvolver atividades que promovessem o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem do SCHCL, considerou-se importante realizar uma avaliação inicial dos registos de enfermagem nos processos clínicos, contribuindo para a concretização do diagnóstico de situação. Pretendeu-se identificar o que se encontrava registado sobre o que a equipa de enfermagem conhecia da pessoa idosa/família, na transição dos cuidados do hospital para casa.

Foram consultados os processos clínicos dos clientes idosos que haviam sido submetidos a gastrectomia e se encontravam internados no período de 01 a 31/10/2012. No total foram analisados 10 processos clínicos (7 do sexo masculino e 3 do sexo feminino).

Essa análise foi estruturada de acordo com as cinco fases do Modelo de Parceria de Gomes (2009): Revelar-se, Envolver-se, Capacitar e possibilitar, Comprometer-se e Assumir o Cuidado de Si ou Assegurar o Cuidado do outro, que constituiu o suporte para a definição de categorias *a priori*, para cada uma das fases. Em cada uma destas fases foram identificados os indicadores (apêndice II) para possibilitar a perceção da realidade dos registos de enfermagem do SCHCL. Para Bardin (2009),

as categorias podem ser definidas *a priori* ou *a posteriori*, ou mediante a combinação de ambos. Neste caso, optou-se pela definição *a priori*, tendo sido aplicados indicadores que permitam avaliar os cuidados em parceria. O único critério de seleção dos processos a analisar foi tratar-se de pessoas idosas submetidas a gastrectomia, neste período.

**Resultados** – A grelha de observação dos registos de enfermagem está disponível no apêndice III, bem como os resultados dessa avaliação (apêndice IV). Da análise efetuada constatou-se que existem aspetos que a equipa regista sempre (o nome, a idade, antecedentes pessoais, medicação habitual, alergias, cirurgias e internamentos prévios, dependência nas atividades de vida diárias, pessoa a contactar, diagnóstico de admissão). Porém, existem outros, como o contexto de vida da pessoa idosa (com quem habita, condições habitacionais, situação económica, ocupação de tempos livres, rede de apoio), hábitos/atividades da pessoa idosa (alimentação), a avaliação nutricional, religião, estado civil ou ocupação de tempos livres, gestão do regime terapêutico ou as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, que não estão tão evidenciados em registos.

Nesta avaliação inicial foi dedicada especial atenção às duas primeiras fases do modelo de parceria, Revelar-se e Envolver-se, uma vez que são fases importantes para um trabalho em parceria, ao permitirem um conhecimento global da pessoa/família, essencial à preparação do regresso à casa.

Os restantes dados colhidos permitiram perceber que a nível dos registos de enfermagem, o processo de parceria não é evidente, sendo por isso uma área a desenvolver com a equipa de enfermagem.

Esta atividade favoreceu o desenvolvimento de competências ao nível da investigação através da análise documental e contribuiu para a identificação de necessidades relativamente ao que se precisa conhecer sobre a pessoa idosa.

## **Atividade 2: Entrevista a enfermeiros para análise das práticas existentes**

Procedeu-se a entrevistas junto de quatro enfermeiros do serviço que desempenham funções como chefes de equipa no SCHCL. São eles que detêm maior experiência profissional sendo classificados de acordo com Benner (2001) como enfermeiros peritos na área de prestação de cuidados à pessoa

gastrectomizada, dada a sua experiência e conhecimento. Pretendeu-se conhecer aspetos das suas práticas relativamente ao acolhimento e preparação do regresso a casa do cliente idoso submetido a gastrectomia, pelo que se pediu que respondessem, individualmente, a um enunciado comum (vide Apêndice V). Optou-se por uma questão aberta porque “possibilitam aos participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 26).

**Resultados** – O corpo das respostas dos enfermeiros está disponível no apêndice V. A análise das entrevistas revela que a carta de enfermagem apenas era entregue quando havia necessidade de realizar cuidados à ferida operatória. Verificou-se que todos os enfermeiros procediam à entrega e explicação da carta de alta médica. Dois enfermeiros iniciavam as intervenções educativas após a cirurgia, enquanto os restantes as realizavam apenas no dia da alta. Por dois enfermeiros foi referido como fatores impeditivos de algumas intervenções a dificuldade em contactar o enfermeiro da comunidade, ter conhecimento da data da alta apenas no próprio dia e a sobrecarga de trabalho. As intervenções educativas realizadas referiam-se a procedimentos perioperatórios e síndrome de dumping (referido por dois enfermeiros). Estes dados sugerem a necessidade de estruturar melhor a preparação do regresso a casa e o envolvimento do cliente como parceiro. Apesar de estar implícita a intenção de uma relação de parceria, ela não era sistemática ou estruturada.

### **Atividade 3: Revisão da literatura e Prática Baseada na Evidência**

O desenvolvimento de competências pessoais impõe um aprofundamento contínuo de conhecimentos através da pesquisa bibliográfica da evidência científica que sustente a problemática. Esta atividade começou logo aquando da escolha do tema a desenvolver, no semestre anterior, e acompanhou todo o estágio. Realizou-se uma revisão sistemática e narrativa da literatura e procurou incorporar-se o seu resultado na prática de cuidados visando a melhoria das práticas na preparação do regresso a casa da pessoa idosa.

O guia de orientação para a elaboração da revisão de literatura baseou-se na seguinte questão inicial: **“Quais as intervenções de enfermagem que promovem a parceria com a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família na preparação do regresso a casa?”**

Para a realização desta pesquisa foram utilizados os seguintes termos – eld\* OR old\* OR ag\* AND return\* home OR discharg\* AND partnership OR empowerment. Como opção de pesquisa foi considerada a data de publicação compreendida entre Janeiro de 2006 e Maio de 2012. Os dados relativos a esta pesquisa podem ser consultados no apêndice VI.

**Resultados** – Os dados obtidos permitiram a construção do quadro conceptual deste trabalho, justificando as intervenções realizadas. No âmbito desta atividade está a ser construído um artigo para publicação.

#### **Atividade 4: Socialização no serviço**

Uma vez que não era elemento integrante do serviço, as primeiras semanas de estágio foram destinadas à socialização, permitindo o contacto com a dinâmica do contexto clínico e a gradual integração na equipa de enfermagem.

Esta integração começou muito antes, quando se estabeleceu o primeiro contacto com o serviço (no semestre anterior), durante a opção I, tendo sido realizado um estágio de observação de práticas, num total de 60 horas.

**Resultados** – A socialização facilitou a adaptação e aproximação com a equipa de enfermagem, e favoreceu o estabelecimento de respeito e confiança mútuos. A integração no serviço também foi facilitadora do envolvimento e sensibilização da equipa de enfermagem, essencial para a dinamização do projeto e articulação com os diversos elementos da equipa de saúde.

#### **Atividade 5: Apresentação do projeto de estágio em formação**

Inicialmente foi determinado a realização de três sessões de formação à equipa de enfermagem mas houve necessidade de ajustar essa estratégia pois já havia várias formações agendadas no serviço. De forma a reunir o maior número de elementos possível, optou-se por realizar uma única sessão de formação, em dois dias diferentes, numa semana sem outros agendamentos.

Esta formação, intitulada “*A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família – a parceria como intervenção de enfermagem*”, cujo plano da sessão pode ser consultado no apêndice VII, ocorreu nos dias 6 e 7 de Novembro de 2012, na sala de reuniões do SCHCL, das 14h30 às 16h. Os seus objetivos foram: 1) apresentar e contextualizar o projeto; 2) apresentar

os resultados obtidos através da análise dos registos de enfermagem e entrevistas aos enfermeiros, no âmbito da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família; 3) refletir em conjunto sobre o que a equipa já faz bem na fase do revelar-se e envolver-se, e sobre o que se entende necessário melhorar relativamente ao conhecimento da pessoa idosa e família para preparar o regresso a casa; 4) apresentar estratégias e instrumentos facilitadores da avaliação nutricional da pessoa idosa: MiniNutritional Assessment; 5) refletir sobre o papel do enfermeiro na preparação do regresso a casa da pessoa idosa gastrectomizada.

Um total de 64,7% dos elementos da equipa de enfermagem esteve presente. Aos enfermeiros que não puderam estar presentes procedeu-se a apresentações informais, as quais se realizaram após as passagens de ocorrências.

Considerando as características da equipa (maioritariamente jovem, com interesse pela formação contínua e com espírito inovador) adotou-se (na formação e ao longo do estágio) um estilo participativo que envolvesse todos os intervenientes, tendo percebido que um estilo de liderança democrático integra a opinião da equipa e proporciona uma tomada de decisão mútua, realizada pelos membros da equipa e pelo líder, estimulando a aceitação da decisão feita pela equipa e a mudança. Este estilo “permite a todos a oportunidade de contribuir com perspetivas diferentes na decisão” (Kelly, 2010, p.8). Trata-se de um estilo mais flexível, que geralmente aumenta a motivação e criatividade (Whitehead, Weiss e Tappen, 2010).

**Resultados** – O relatório da sessão de formação e sua avaliação encontra-se disponível no apêndice VIII. Esta representou um passo fundamental para a implementação do projeto ao constituir um momento de esclarecimento acerca dos objetivos do mesmo.

O modelo de parceria mobilizado não era conhecido pela equipa, pelo que foi necessário um esforço adicional para a sua aceitação e adoção na prática de cuidados. Apresentar e discutir com os enfermeiros os resultados da análise de registos realizada contribuiu para a adoção do modelo na prática. Acordou-se incidir a colheita de dados nos indicadores da parceria pré-definidos (para a fase do conhecer e envolver-se) e, ainda, a realização da avaliação nutricional da pessoa idosa, no primeiro dia de internamento, finalizando-se o internamento com outra reavaliação de peso, para comparação de dados. A equipa comprometeu-se a realizar registos mais individualizados.

A equipa mostrou-se inicialmente relutante à realização da avaliação nutricional, por desconhecer o instrumento de avaliação e por considerar ser um acréscimo de tarefas. Foram mobilizadas estratégias de comunicação assertiva e negociação, com a colaboração e incentivo da chefia e das três enfermeiras especialistas do serviço, os quais reforçaram a pertinência desta atividade. Por fim, a equipa disponibilizou-se a colaborar nessa avaliação e apresentou algumas sugestões de implementação, que foram aplicadas na fase subsequente (introdução da escala no processo clínico do cliente, colocar as balanças do serviço em locais mais acessíveis aos enfermeiros).

Após a reunião com a equipa de enfermagem foi afixado, nas duas salas de trabalho de enfermagem, um documento orientador de sistematização da informação sobre a preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia (Apêndice IX).

Esta atividade contribuiu com o desenvolvimento de competências de liderança de equipas, fundamental para o sucesso na implementação de projetos.

### **Atividade 6: Discussão do plano de educação à pessoa idosa com a equipa de enfermagem**

O plano de educação da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família foi elaborado e discutido com a equipa, com a enfermeira orientadora e com o enfermeiro chefe. Foi considerado que a existência de muita informação pode comprometer a sua assimilação e consequente tomada de decisão (Loureiro e Miranda, 2010), pelo que o plano contempla dois momentos essenciais de educação: o pré-operatório e o pós-operatório (apêndice X).

**Resultados** – O plano de educação permitiu a estruturação das intervenções realizadas à pessoa idosa/família, e contribuiu para identificação precoce das necessidades).

### **Atividade 7: Envolvimento e motivação da equipa de enfermagem**

Uma das barreiras que foi necessário ultrapassar foi a desmotivação e descontentamento por parte dos enfermeiros, originados por motivos como a sobrecarga de trabalho, acentuada nos últimos meses pela redução do número de elementos em cerca de 25%, a recente fusão das enfermarias de homens e

mulheres e a mudança de chefia. Porque também se verificou alguma resistência à mudança, recorreu-se às competências de comunicação (escuta ativa, comunicação assertiva, aberta, honesta e clara) para negociação e cooperação com a equipa para gestão de potenciais conflitos. O objetivo da resolução de conflitos é “a criação de uma solução ganha-ganha para todos os envolvidos” (Marquis e Huston, 2012, p. 474). Este não tem necessariamente uma conotação negativa: ele é uma realidade nas relações humanas e organizacionais, e pode originar-se “na diversidade de pontos de vista entre pessoas, na pluralidade de interesses, valores, experiências, necessidades e expectativas, na diferença entre as formas de agir e pensar de cada um dos envolvidos” (Franque, 2006, p. 14).

**Resultados** – Ter escolhido uma área do interesse da maior parte dos enfermeiros – a área de cuidados à pessoa gastrectomizada – revelou-se uma pedra basilar no desenvolvimento do projeto. A partilha dos dados obtidos com a análise dos processos clínicos estimulou o envolvimento da equipa, que questionou esses dados, mostrando interesse nos resultados e nas atividades ao seu alcance, tendo sido um fator facilitador da mudança. Esta atividade impulsionou o desenvolvimento de capacidades de liderança, de gestão de projeto e de interação na equipa profissional.

Reconhecer e antecipar eventuais situações de conflito permitiu o desenvolvimento da assertividade, competências de comunicação e de resolução de conflitos. A energia despendida no conflito foi dirigida para atividades, onde teve um contributo construtivo, motivante e inovador para os intervenientes.

### **Atividade 8: Análise e discussão de artigos**

De forma a envolver todos os enfermeiros e a estimular a discussão e aprendizagem conjunta procedeu-se à seleção de alguns artigos que foram afixados nas salas de enfermagem, com o conhecimento da equipa, para análise e discussão posterior. Estes versavam temas como as complicações pós-gastrectomia, a desnutrição, a gastrectomia e a pessoa idosa.

**Resultados** – Os enfermeiros referiram tratar-se de uma ação interessante e estimuladora da reflexão sobre as práticas e mostraram interesse em assegurar a continuidade da mesma no serviço por favorecer a atualização de conhecimentos.



Este momento de discussão criou um espaço para partilha de experiências e reflexão acerca da temática em apreço, e permitiu a incorporação da teoria na prática. Por outro lado possibilitou que fossem desenvolvidas competências de formação e de liderança ao assumir uma atitude pró-ativa no processo de aprendizagem e partilha.

Esta atividade permitiu a reflexão crítica sobre as práticas quotidianas, reforçou o trabalho em equipa, possibilitou a intervenção direta na ação e criou um espaço de partilha de conhecimento e sentimentos de si mesmo e do outro.

### 3.2.2. Fase de implementação

Concluída a fase de diagnóstico do projeto de estágio, iniciou-se a fase de implementação, a qual decorreu desde de Novembro de 2012 até ao final de Janeiro de 2013. As atividades estão descritas no quadro 2.

**Quadro 2.** Objetivos e atividades desenvolvidos durante a segunda fase do projeto.

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
<b>Promover a implementação de intervenções em parceria com a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família, para a promoção do cuidado de Si, na preparação do regresso a casa</b>	Implementação do plano de educação
	Criação do dossier de estágio
	Reflexão na ação
	Construção de material de apoio à educação à pessoa idosa submetida a gastrectomia
	Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa através da aplicação do MiniNutritional Assessment MNA®
	Desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa para a promoção do cuidado de Si
	Realização de estudos de caso
	Estabelecimento de parcerias com restante equipa de saúde para a transição dos cuidados do hospital para casa
	Garantia da continuidade dos cuidados no internamento e na transição para casa
	Visita domiciliar ao cliente idoso após a alta hospitalar

### **Atividade 9: Implementação do plano de educação**

O plano de educação à pessoa idosa foi implementado para preparar a transição do hospital para casa. Optou-se por se escrever no quadro a sigla “IP” como



mnemónica para a inclusão do cliente no projeto e também consequente avaliação nutricional, no dia em que os clientes eram internados. Por sugestão da equipa, esta implementação foi cumprida em dois períodos: desde o internamento da pessoa idosa até ao dia da cirurgia (para conhecer e envolver-se com a pessoa idosa); e após a cirurgia, para proceder às intervenções educativas necessárias em parceria com a pessoa idosa e sua família (cumprindo então as restantes fases).

**Resultados** – Os enfermeiros introduziram o plano de educação na sua prática, e reconheceram tratar-se de uma atividade que contribuiu para a estruturação e organização das intervenções realizadas à pessoa idosa/família. Estes consideraram que o internamento dos clientes no turno da manhã foi facilitador da gestão dos cuidados, por ter um *ratio* enfermeiro/doente maior do que nos restantes (no turno da manhã o *ratio* é de 1:5; nos restantes turnos é de 1:15, na enfermaria de mulheres, e 1:8 na enfermaria de homens).

Foi importante estabelecer parcerias com os enfermeiros, sendo que as três enfermeiras especialistas do serviço se assumiram como colaboradoras e dinamizadoras no desenvolvimento do projeto, garantindo a sua continuidade na minha ausência. Foi possível desenvolver competências de gestão de cuidados, ao nível da otimização da resposta da equipa de enfermagem e articulação com a equipa multiprofissional, na delegação de competências e otimização do processo de cuidados na tomada de decisão, na adequação e gestão de recursos às necessidades, elevando assim a qualidade dos cuidados prestados.

### **Atividade 10: Criação de dossier de estágio**

Foi organizado um dossier de estágio que continha os diapositivos da formação realizada, um exemplar da escala de avaliação nutricional MNA, o documento orientador para a sistematização da informação acerca da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia que corrobora o plano de educação e os diversos artigos afixados para discussão. Esse dossier foi colocado na sala de enfermagem, ficando acessível a todos os elementos.

**Resultados** – Este dossier constituiu uma ferramenta de suporte aos enfermeiros ao longo da implementação do projeto.

**Atividade 11: Reflexão na ação**

Negociou-se com o enfermeiro chefe e com a enfermeira de referência a discussão de casos clínicos para reflexão sobre as práticas na preparação do regresso a casa com a equipa de enfermagem. Nos casos que apresentavam informação incompleta, foi debatida a necessidade de se proceder ao registo sistemático de toda a informação acerca da pessoa idosa e sua família, das intervenções educativas realizadas e sua validação. A equipa reforçou a necessidade da atualização do plano de cuidados de enfermagem vigente no serviço, porque os próprios enfermeiros detetavam situações diversas de não conformidade desses mesmos planos, comprometendo a continuidade das futuras intervenções.

**Resultado** – A implementação da análise crítica das práticas contribuiu para a mobilização e construção de novos saberes, decorrentes da experiência vivida, permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A equipa, sem hábitos de reflexão sistemáticos, reconheceu estas sessões como vantajosas por estimularem uma prática reflexiva, possibilitando uma prestação de cuidados centrada no cliente.

**Atividade 12: Construção de material de apoio à educação à pessoa idosa submetida a gastrectomia**

Foi criado, com a participação ativa de alguns elementos da equipa de enfermagem, material escrito de apoio à educação (folheto de apoio) para a pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família (apêndice XI). Uma abordagem com material educacional escrito pode ajudar a aumentar e a consolidar o conhecimento do cliente sobre os seus cuidados (Johansson, Katajisto e Salanterä, 2010). Também Soler, Canal, Noguer, Poch, Motge e Gil (2010) concluíram no seu estudo que a preparação e educação dos doentes idosos e familiares devem ser melhoradas antes da alta, e informação escrita apropriada deve ser fornecida.

O material de apoio à educação foi apresentado a todos os elementos da equipa e foi afixado por um período de duas semanas em cada sala de enfermagem. A sua utilização começou em Dezembro de 2012, e foi garantida a leitura, análise conjunta e compreensão da pessoa idosa/família, pois “a utilização de uma linguagem simples é condição básica para tornar a informação escrita e oral mais fácil de

compreender” (Loureiro e Miranda, 2010). Foi disponibilizado o suporte informático a uma das enfermeiras especialista do serviço (membro do gabinete de qualidade do CHLC) para submissão, divulgação e disponibilização em todo o centro hospitalar.

**Resultados** – A construção deste material de apoio em parceria com os enfermeiros permitiu o seu envolvimento na utilização deste novo instrumento, fomentando o sentimento de pertença. Foi um ótimo momento de aprendizagem conjunta pela discussão e reflexão sobre as intervenções educativas recomendadas à pessoa submetida a gastrectomia. Os enfermeiros, bem como o enfermeiro chefe e o diretor de serviço, apoiaram a ação e enfatizaram a necessidade de fornecer informação escrita como complemento da educação.

### **Atividade 13: Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa através da aplicação do MNA®**

A avaliação nutricional da pessoa idosa iniciou-se após a sessão de formação aos enfermeiros, onde se procedeu à análise da escala, e concretizou-se através da aplicação da escala MNA (vide anexo I).

Este instrumento deteta precocemente sinais de desnutrição, antes de surgirem alterações bioquímicas e contempla quatro componentes de avaliação: antropométrica, global, dos hábitos alimentares e autoavaliação do cliente idoso. É um instrumento de fácil e rápida utilização, onde de uma forma não invasiva é aferida uma pontuação que varia entre 0 e 30 pontos, que revela três possíveis estados nutricionais: normal, sob o risco de desnutrição e desnutrição. Tem uma rápida avaliação prévia em forma de triagem, na qual se for atingido uma pontuação superior a 11, não existe necessidade de a completar, pois considera-se que apresenta um estado de nutrição normal.

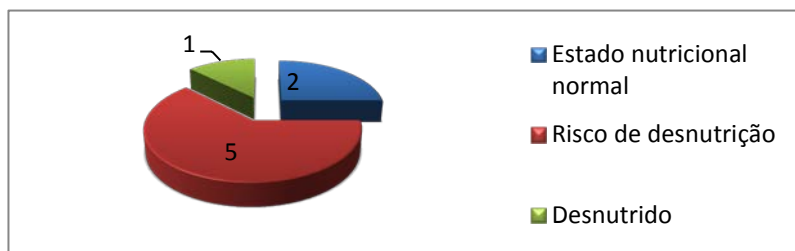
Para a implementação desta escala foram adotadas várias estratégias: colocação prévia da escala de avaliação nutricional no processo clínico juntamente com as folhas de registo de enfermagem, pelas administrativas; sinalizado no quadro da sala de enfermagem a sigla “MNA” assim que o cliente é internado, funcionando como mnemónica para a avaliação nutricional; colocação das fitas métricas nas balanças do serviço, para possibilitar a avaliação do perímetro braquial e perna; reposicionamento das balanças em locais estratégicos para facilitar a sua utilização (em vez de estarem colocadas na arrecadação, foram colocadas nas salas de

trabalho de enfermagem); assinalado no quadro a data da próxima pesagem, para um rigoroso registo dessa informação.

A equipa acordou em contactar a nutricionista e o médico assistente sempre que o resultado da avaliação nutricional demonstrasse risco de desnutrição ou desnutrição, contribuindo para uma intervenção mais individualizada (início de alimentação entérica, personalização da dieta atendendo às preferências do cliente, introdução de suplementos nutricionais, intervenções educativas). As primeiras avaliações foram realizadas num contexto de aprendizagem, com registo e discussão da escala do ponto de vista da praxis. Após um breve período inicial (duas semanas) a equipa já revelava sinais de ter incorporado a escala na sua rotina de registos.

**Resultados** – A avaliação do estado nutricional foi realizada a oito idosos hospitalizados no serviço entre Outubro/2012 e Fevereiro/2013. Constatou-se que dos oito clientes avaliados, cinco apresentaram risco de desnutrição, um estava desnutrido e dois apresentavam um estado nutricional normal. O cliente cuja avaliação nutricional revelou desnutrição tinha sido internado por complicações (intolerância alimentar manifestada por vómitos e diarreia).

**Gráfico 1:** Resultados da avaliação nutricional.



A articulação com a nutricionista concretizou-se em todos os casos, tendo sido iniciada precocemente na situação do cliente em desnutrição. A sua intervenção justifica-se em termos de fracionamento das refeições e adequação dos alimentos às necessidades energéticas da pessoa idosa.

A intervenção nutricional, responsabilidade da equipa de saúde, permitiu que os clientes e familiares fossem orientados regularmente por uma equipa multiprofissional qualificada na avaliação do estado nutricional do cliente, inclusive

dos seus hábitos e preferências alimentares, visando a melhoria do estado nutricional e prevenção do risco de desnutrição.

Da monitorização de peso corporal ao longo do internamento, verificou-se que apesar das medidas instituídas, todos apresentaram perda de peso, sendo a média 1,81kg (vide tabela 1).

**Tabela 1.** Peso dos clientes incluídos no projeto.

	A	B	C	D	E	F	G	H
Peso à entrada	65	83	68	72	63	65	58	74
Peso à saída	63	80	67	72	61	62,5	55	73

#### **Atividade 14: Desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa submetida a gastrectomia para a promoção do cuidado de Si**

A terceira fase do modelo de intervenção em parceria, Capacitar e Possibilitar, preconiza a construção de uma ação conjunta fornecendo ao cliente conhecimentos que lhe permita desenvolver capacidades para assumir o cuidado de Si, ou à família para assegurar o cuidado do Outro, desempenhando assim controlo na sua vida. Desenvolveu-se uma prestação de cuidados centrados na pessoa idosa, detetando conjuntamente necessidades e estabelecendo objetivos e estratégias.

Em articulação com o cliente, a família e a nutricionista, foram introduzidas as adaptações alimentares necessárias em situação de gastrectomia, e foi partilhado conhecimento sobre a sintomatologia associada, cuidados com a cicatriz operatória e regime medicamentoso.

Educar, fornecer informação, orientar, constitui um dos domínios, que se encontra em evidência como intervenção autónoma nos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), onde os enfermeiros assumem um papel determinante fornecendo ao indivíduo informações/conhecimentos que lhe permita assegurar o cuidado de si. Para facilitar o processo de transição há que garantir mestria nos novos comportamentos, sendo fundamental fornecer informações que promovam sentimentos de competência e de capacidade para lidar com novas situações de modo a que a pessoa seja capaz de tomar decisões com autoconfiança assegurando uma sensação de bem-estar (Meleis, 2005, 2010).

Para o enfermeiro especialista é crucial compreender o cliente nas suas várias dimensões: biológica, psicológica, social, cultural, espiritual, para desenvolver estratégias em parceria com a pessoa idosa e para potenciar as suas habilidades. Realizou-se a avaliação multidimensional da pessoa idosa, tendo sido mobilizados diversos instrumentos (apêndice XII). Essa avaliação permitiu a identificação de alterações existentes no contexto de envelhecimento e contribuiu para a identificação de necessidades, fragilidades, potencialidades e capacidades, na elaboração de um plano de atuação individualizado e personalizado a cada cliente, tendo em vista a iminente transição do regresso a casa.

Todas estas informações, a avaliação do estado nutricional, as intervenções desenvolvidas e os resultados alcançados, foram evidenciadas em registos de enfermagem, ao longo do estágio. Pretendeu dar-se visibilidade e ênfase à personalização dos cuidados, à relação estabelecida com a pessoa idosa, às intervenções realizadas e aos resultados alcançados ao longo do internamento.

Por ser facilitador do desenvolvimento de intervenções em parceria com a pessoa idosa foram realizados estudos de caso dos clientes incluídos no projeto. Encontra-se disponível no apêndice XIII um desses estudos de caso.

Refletir sobre a ação permite ao profissional ampliar o seu potencial de aprendizagem e alargar o campo dos saberes aplicáveis à sua prática, mobilizando os saberes testados e validados através da experiência e aplicando-os, de forma sustentada, aos contextos extraordinários do exercício quotidiano; essa reflexão incute aprendizagens através das experiências do quotidiano, tornando a prática desejável numa realidade vivida, através de um processo crítico e reflexivo de autoquestionamento e transformação (Johns, 2009).

**Resultados** – Cuidar em parceira ao longo do processo de hospitalização permitiu um conhecimento individualizado da pessoa idosa, possibilitou a mobilização de estratégias de intervenção individualizadas e estimulou a prestação de cuidados de enfermagem centrados no cliente. Por outro lado, permitiu desenvolver a capacidade de análise da sustentação teórica da prática de enfermagem e a aplicação prática dos ensinamentos teóricos adquiridos durante o curso de pós-especialização, estimulando o desenvolvimento pessoal e profissional, e a capacidade de análise desse mesmo conhecimento, conforme preconiza o regulamento de mestrado (ESEL, 2013).

Esta atividade exigiu uma grande flexibilidade e criatividade de forma a atender às reais necessidades da pessoa idosa para Cuidar de Si. Foram desenvolvidas competências na área de prestação de cuidados à pessoa idosa que foi envolvida com a sua família nos cuidados, assumindo-se como parceiros neste processo de transição. Esse envolvimento revelou ser uma mais-valia por facilitar a capacitação para o Cuidar de Si, onde todos os momentos de cuidados se revelaram autênticos para cuidar em parceria.

A realização de estudos de caso revelou-se uma oportunidade de refletir, de forma sistematizada, sobre uma situação concreta de cuidados, permitindo um processo de autoconhecimento, pesquisa, atualização e aperfeiçoamento da prática de cuidados, caminhando no sentido de uma maior perícia

### **Atividade 15: Estabelecimento de parcerias com os elementos da equipa de saúde para a transição dos cuidados do hospital para casa**

Na prestação direta de cuidados revelou-se vantajoso a articulação concertada com profissionais de saúde, nomeadamente, nutricionista, médicos da equipa esofagogástrica, assistente social, fisioterapeuta e enfermeiro da comunidade.

Para otimizar a articulação com os médicos do grupo da patologia esofagogástrica, e após negociação com o diretor de serviço, foi proposto que as datas de altas estimadas pelos médicos fossem comunicadas à equipa de forma atempada. A ideia foi bem recebida por todos e possibilitou um planeamento e estruturação precoces das intervenções transicionais em parceria com o cliente.

Os momentos de passagens de turno, aquando da transmissão de informação acerca dos clientes incluídos no projeto, surgiram como oportunidades para discutir a necessidade de intervenção de outros profissionais da equipa multidisciplinar (dietista, nutricionista, psicóloga, assistente social ou fisioterapeuta, ou outros).

**Resultados** – A articulação com os diferentes profissionais foi discutida pela equipa, e permitiu uma intervenção dinâmica dos intervenientes: passou-se de um modelo de educação meramente passivo, para um ativo, em que cliente e profissionais de saúde agem no sentido de alcançar objetivos comuns.

As altas começaram a ser estimadas com maior antecedência, tendo passado a ser estimada após o regresso do cliente da unidade de cuidados intensivos, o que exigiu uma intervenção ativa e coordenada de todos os participantes.



O projeto foi reconhecido como benéfico; os diferentes profissionais de saúde envolvidos, especialmente as equipas de enfermagem e médica, mostraram-se entusiasmados com a possibilidade de colaboração em projetos inovadores.

Potenciar o trabalho em equipa contribui com diversas vantagens, como o aumento na satisfação pessoal e profissional do grupo, garantia da qualidade dos cuidados, otimização do rendimento, motivação e apoio mútuo (John, 1991). Trabalhar em equipa interdisciplinar, pressupõe o respeito pelos conhecimentos e contributos de todos os elementos, com confiança e espírito de interajuda. É fundamental que o líder trabalhe a motivação da equipa, para que se crie uma estrutura que permita manter um nível de motivação e ajude a ultrapassar as dificuldades que possam surgir (Curtis e O'Connel, 2011).

#### **Atividade 16: Garantia da continuidade dos cuidados no internamento e na transição para casa**

O cuidado de enfermagem deve garantir altos níveis de responsabilidade e competência, independentemente do profissional e do contexto onde estes sejam realizados, contribuindo para a continuidade e evitando a sua fragmentação (Rodrigues, 2004, p. 13). Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem ao incorporar, no sistema de registos, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente (OE, 2001).

Para garantir a continuidade de intervenções durante a hospitalização reforçou-se a importância de um registo completo contendo as informações resultantes do diagnóstico das necessidades de cuidados de enfermagem, do processo de tomada de decisão e implementação de intervenções pelo enfermeiro ou de prescrições de outros profissionais e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados. A equipa abraçou esse objetivo, contribuindo com o preenchimento completo e rigoroso dos registos de enfermagem.

A continuidade de cuidados representa a oportunidade para diminuir o esforço pessoal, social e económico para o cliente, sua família e a sociedade na prevenção de complicações e diminuição da incidência de internamentos. Neste sentido, a carta de alta de enfermagem representa um meio de comunicação que contribui para uma



melhor planificação e continuidade de cuidados com os diferentes níveis de cuidados de saúde (Moita, Nunes, Silva, Soveral e Potra, 2007).

Ao longo do estágio reforçou-se a importância da realização da carta de alta de enfermagem, do contacto telefónico com o enfermeiro da comunidade e envio desse documento por fax. Para facilitar esta atividade elaborou-se uma lista dos contactos (telefónico, fax e email) dos centros de saúde da área de influência deste centro hospitalar, em colaboração com os administrativos, que procederam ao envio da carta quando solicitado pelos enfermeiros.

**Resultados** – Quando se verificavam registos incompletos ou se constatava a necessidade de continuação das intervenções, essa informação era transmitida em passagem de turno e registada em diário de enfermagem, para prossecução no turno seguinte.

As passagens de ocorrências foram um bom veículo de informação, que permitiu que as intervenções fossem continuadas, evitando a interrupção, e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os enfermeiros realizaram a carta de enfermagem a todos os clientes incluídos, procederam à sua entrega à pessoa idosa/família, efetuaram o contacto telefónico com o enfermeiro da comunidade. Em três das situações foi garantido o envio da carta de enfermagem por fax.

### **Atividade 17: Visita domiciliar ao cliente idoso após a alta hospitalar**

Apesar de ter sido proposto o acompanhamento destes clientes no domicílio, tal não foi possível visto não ter havido aprovação pela instituição. Porém, surgiu a oportunidade de conhecer um serviço onde é aplicado o modelo de cuidados em parceria com a pessoa idosa, de Gomes (2009): o Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos de um HCL, tendo permitido contatar com um contexto fora da realidade hospitalar. Este serviço, constituído por três setores (hospital de dia, visita domiciliária e intervenção telefónica), oferece ao cliente, parceiro de cuidados, um acompanhamento rigoroso após a alta hospitalar. A descrição completa da experiência encontra-se no apêndice XIV.

**Resultados** – Destaca-se como os enfermeiros tornam o cliente parceiro nos cuidados e de como asseguram a continuidade dos mesmos, desde o internamento, até ao regresso a casa, e de como se articulam com outros

serviços. Já no domicílio, o enfermeiro avalia e despista riscos potenciais, atuando proativamente na promoção do bem-estar da pessoa idosa. Realça-se a otimização da resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional que são determinantes para a qualidade dos cuidados. Salienta-se a relação de confiança criada entre enfermeiro-cliente, a qual se reflete no respeito pelo espaço do cliente, o respeito pelo tempo nas atividades, a partilha de informação e conhecimentos, e na tomada de decisão, desenvolvendo uma dinâmica ativa entre os participantes, visando a capacitação do cliente. A enfermeira desempenha um papel de agente de mudança por se encontrar numa posição privilegiada para antecipar ou detetar as transições e identificar as condições que a podem facilitar ou inibir, permitindo o desenvolvimento de intervenções que contribuam para o desenvolvimento de comportamentos de mestria, alcançando o domínio do seu próprio cuidado.

### 3.2.3. Fase de avaliação

Na fase final do projeto de estágio considerou-se importante a análise daquilo que se atingiu neste estágio, tendo decorrido durante o mês de Fevereiro a fase de avaliação. As atividades desenvolvidas encontram-se representadas no quadro seguinte:

**Quadro 3.** Objetivos e atividades desenvolvidos durante a terceira fase do projeto.

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
Identificar o que os enfermeiros passaram a registar no processo acerca dos indicadores relativos à pessoa idosa gastrectomizada e sua família, para a preparação do regresso a casa	Avaliação final dos registos de enfermagem
	Identificação dos contributos do projeto na prática diária dos enfermeiros do serviço
	Análise dos resultados das intervenções desenvolvidas relativamente à promoção do cuidado de Si na transição dos cuidados do hospital para casa junto das pessoas idosas e das famílias

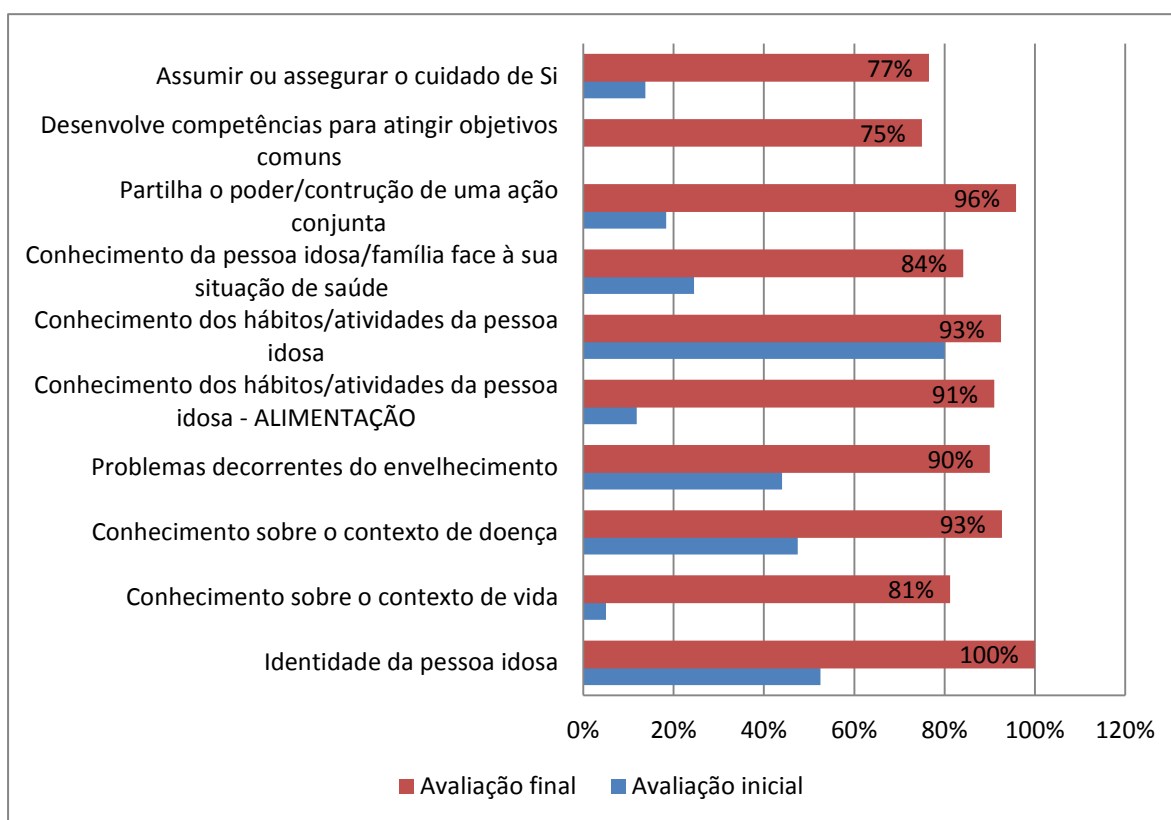
### Atividade 18: Avaliação final dos registos de enfermagem

A nova análise dos registos de enfermagem à luz do modelo da Parceria permitiu perceber as mudanças ocorridas relativamente ao que passou a ser registado no processo clínico, dando visibilidade à capacitação, promoção da autonomia e ao

assumir o cuidado de si. A mesma grelha de itens anteriormente descrita serviu de apoio a essa avaliação (apêndice XV) realizada no mês de Fevereiro de 2013.

**Resultados** – Foram analisados 8 processos clínicos, tendo-se verificado uma variação positiva no número de registos no processo clínico, comparativamente à avaliação inicial. O gráfico 2 reflete essa variação. Os resultados globais são apresentados graficamente e de forma comparativa com os resultados da avaliação inicial (apêndice XVI).

**Gráfico 2.** Análise comparativa da variação dos indicadores avaliados nos registos de enfermagem.



As principais alterações verificaram-se em seis das dez dimensões pré-definidas: conhecimento sobre o contexto de vida da pessoa idosa; conhecimento dos hábitos/atividades da pessoa idosa – Alimentação; conhecimento da pessoa idosa/família face à sua situação de saúde; partilha de poder e construção de uma ação conjunta; desenvolvimento de competências para atingir os objetivos comuns e, ainda, assumir ou assegurar o cuidado de Si.

Nas restantes quatro dimensões, apesar da variação positiva registada, esta não é tão significativa, uma vez que já eram consideradas habitualmente nos registos de enfermagem. Esta variação pode dever-se a serem dados que os enfermeiros já utilizavam na sua prática mas, por não estarem despertos para o modelo de parceria, não eram registados.

Os registos destacam-se nas intervenções de enfermagem pois são “a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem (...) pelo que devem ser rigorosos, completos e realizados correctamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem” (Martins et al, 2008, p. 54).

É satisfatório verificar que a melhoria qualitativa e quantitativa resultou diretamente da intervenção no serviço, no âmbito deste projeto. Observando a avaliação inicial de registos, considero ter havido um progressivo processo de mudança, que contribuiu para a continuidade dos cuidados. Estes dados foram partilhados com a equipa em reuniões informais, tendo sido reforçado o esforço desenvolvido. Houve uma aceitação por parte da equipa dos novos indicadores, traduzido por um aumento significativo do número de registos.

### **Atividade 19: Identificação dos contributos do projeto na prática diária dos enfermeiros do serviço**

Com o intuito de conhecer os contributos deste projeto na prática diária dos enfermeiros do serviço foi colocada uma questão aberta à equipa, na última reunião informal – *O que mudou na sua prática de cuidados relativamente à preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família?*

**Resultados** – A equipa foi unânime ao reconhecer que, apesar do esforço exigido na mudança de práticas já muito enraizadas e moldadas pelo contexto de trabalho, o projeto implementado conduziu a vantagens para o cliente, para a equipa e para a instituição, por conferir ganhos na prestação individualizada de cuidados e por contribuir para o seu enriquecimento pessoal.

Os enfermeiros verbalizaram maior preocupação com a preparação precoce do regresso a casa da pessoa idosa, resultante da deteção das suas necessidades, do maior envolvimento dos familiares na prestação de cuidados, estimulando a capacitação para o regresso a casa, a promoção do autocuidado de forma rotineira e a centralização dos cuidados no cliente.

Referiram ser vantajosa a utilização da escala de avaliação nutricional para deteção do risco nutricional e destacaram a facilidade no seu preenchimento. Apresentaram o fator tempo e sobrecarga de trabalho como inibidor na prestação de cuidados. Referiram que, no dia da alta os clientes e famílias apresentavam menos dúvidas e estavam melhor preparados e mais confiantes quanto aos cuidados necessários no processo de transição.

#### **Atividade 20: Análise dos resultados das intervenções desenvolvidas relativamente à promoção do cuidado de Si na transição dos cuidados do hospital para casa junto das pessoas idosas e das famílias**

Com o objetivo de avaliar o conhecimento que a pessoa idosa submetida a gastrectomia detinha sobre os cuidados necessários para a transição para casa, procedeu-se à entrevista de cada cliente, no dia da alta. Após a obtenção do consentimento informado, foram tomadas notas abreviadas, durante a evolução da entrevista e preenchidos os detalhes, após o seu término. Foi realizado um guião de entrevista (apêndice XVII), por ser facilitador da estruturação das questões colocadas, e optou-se maioritariamente por questões abertas.

**Resultados** – O corpo das respostas dos clientes às entrevistas realizadas encontra-se no apêndice XVIII. O tratamento dos dados (apêndice XIX) foi realizado segundo a análise de conteúdo de Bardin (2009) que a define como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitem a influência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (p. 42).

Atendendo à teoria de Bardin (2009), e baseando-me nos dados colhidos, procedi ao agrupamento das unidades de registo e defini as categorias e as áreas temáticas, *a posteriori*, tendo por base o modelo de cuidados em parceria com a pessoa idosa de Gomes (2009).

Os resultados evidenciam que todos os clientes receberam informação sobre os cuidados (11ur), sete clientes referiram decidir sobre os seus cuidados (7ur) e seis sentiram-se incluídos (6 ur). O conhecimento sobre a alimentação foi o mais apontado como facilitador do regresso a casa (8ur), seguindo-se o conhecimento

sobre técnicas (4ur), o conhecimento sobre pesagem (3ur) e o conhecimento sobre mobilização (2ur). A pessoa idosa/família apresentou domínio do conhecimento sobre sinais e sintomas associados à cirurgia (8 ur), e mostrou conhecimento sobre o risco/benefício do regime alimentar para a sua saúde (8u); o plano alimentar foi construído com base nas preferências alimentares do cliente (8ur); todos os clientes demonstraram conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade (8ur) e sete dos clientes anteciparam necessidades de articulação (7ur).

A construção do guião das entrevistas, bem como a sua realização e tratamento de dados permitiram o desenvolvimento de competências ao nível de metodologias de investigação, da prática de cuidados, do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e da melhoria contínua da qualidade.

Estas entrevistas constituíram-se como indicadores dos resultados das intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem e refletem ganhos apresentados, nomeadamente ao nível do conhecimento da pessoa idosa sobre os cuidados com a alimentação, sintomatologia associada à gastrectomia, recursos da comunidade e cuidados com a cicatriz operatória. A monitorização dos ganhos em saúde deverá ser uma prática constante para que seja possível a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.

#### **4. REFLEXÃO SOBRE: OS RESULTADOS OBTIDOS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

Neste capítulo reflete-se sobre os resultados atingidos e as competências desenvolvidas, seguindo-se uma exposição das limitações do projeto, das questões éticas e implicações para a prática.

A realização deste estágio no âmbito da prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família, a compreensão global da pessoa idosa/família e o contributo do saber teórico e reflexivo estimulado pelo curso de pós-licenciatura de especialização foram determinantes para caminhar no sentido da perícia, e melhorar o processo de decisão nos cuidados centrados no cliente. A enfermeira perita vai ao centro do problema através de uma compreensão global da situação, agindo com adaptabilidade e flexibilidade, e oferece recursos com os quais a pessoa se possa reconstruir (Benner, 2001). A autora refere que “quando as peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrente da sua prática torna-se visível” (Benner, 2001, p.61).

Em termos de resultados, verificou-se que os enfermeiros passaram a realizar registos de enfermagem mais individualizados, o que se pode dever à sensibilização e compreensão da importância que estes assumem na continuidade dos cuidados. Mais do que uma tarefa, os registos traduziram a personalização das necessidades identificadas e das intervenções realizadas. A entrega da carta de alta de enfermagem a todos os clientes reflete a sensibilização e responsabilização dos enfermeiros para a preparação do regresso a casa da pessoa idosa e para a necessidade de continuidade de cuidados após a alta hospitalar.

Salienta-se a introdução de novas práticas na equipa de enfermagem asseguradas a todos os clientes – avaliação nutricional, educação estruturada e a articulação frequente com a rede de cuidados domiciliários.

Os resultados das entrevistas realizadas mostram que, no dia da alta, a pessoa idosa detém conhecimento sobre os cuidados necessários, o que foi possível devido à implementação de um plano de alta em parceria com a pessoa idosa/família para a



preparação do regresso a casa, favorecendo uma transição saudável. Por outro lado, os resultados atingidos reforçam os dados evidenciados na revisão integrativa da literatura: o planeamento do regresso a casa deve ser um processo contínuo, holístico e centrado no cliente, que deve envolver o cliente, a família, a equipa de saúde e as organizações.

A implementação deste projeto constituiu uma experiência pessoal muito significativa que permitiu a mobilização de conhecimentos e a aquisição de competências nas diferentes áreas: prática clínica, formação, investigação e gestão de cuidados. Para além destas competências desenvolvi outras competências de acordo com os domínios publicados pela OE (2010).

Relativamente às competências no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** foi desenvolvido o conhecimento e assertividade ao longo da prática, que foi sustentada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, os quais assentaram essencialmente na integração e mobilização do modelo de cuidados em parceria com a pessoa idosa de Gomes (2009) e na teoria das transições de Meleis (2010), tendo-se revelado fulcral no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais nos processos de aprendizagem. Os conhecimentos adquiridos resultantes do estudo e reflexão sobre o referencial teórico exposto ao longo deste trabalho e sua incorporação na prática foram determinantes para o desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa idosa, para a avaliação precoce das suas necessidades e consequente intervenção em parceria para a preparação do regresso a casa.

Envolver a pessoa idosa nos cuidados e convidar a família a participar revelou-se uma mais-valia na implementação de estratégias para acompanhar e ajudar na transição dos cuidados do hospital para casa. A este nível desenvolveram-se **competências de educação e formação** ao promover a educação para a saúde e o domínio de informação por parte do cliente, nomeadamente ao nível da transmissão de informação oral, escrita e treino de habilidades, dependendo das necessidades apresentadas. Enquadrado neste domínio também foi assumido o papel de formadora, tendo procedido ao diagnóstico de necessidades formativas da equipa e à sua formação em contextos formais e informais. A equipa passou a registar mais informação sobre a pessoa idosa, possibilitando cuidados personalizados e de maior qualidade; preparar o regresso a casa passou a ser uma preocupação que



acompanhou todo o internamento, e não só o dia da alta. O contexto de trabalho possibilita a aplicação da teoria à prática, e permite a mobilização dos diversos saberes adquiridos. A aprendizagem experiencial, formal e informal, a autoformação e a socialização foram diversos modos de formação em contexto de trabalho. As reuniões de equipa e discussão de casos, ainda que informais, foram um dispositivo de formação contínua, representando um espaço de partilha para os profissionais, estimulando à reflexão e aprendizagem, contribuindo para processos de mudança.

Relativamente às **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, considera-se que se desempenhou uma prática profissional ética no campo de intervenção à pessoa idosa. Foi mobilizado conhecimento ético-deontológico na prática profissional, recorrendo-se às habilidades de tomada de decisão nos cuidados e à liderança de processos de tomada de decisão ética na área da especialidade na pessoa idosa. Foram assegurados a informação, consentimento e liberdade de escolha dos participantes, e o anonimato nas entrevistas realizadas, fomentando na equipa práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos. Os princípios éticos e valores do Código Deontológico dos Enfermeiros também foram assegurados.

Ao nível do **domínio da melhoria da qualidade** considera-se que foi desempenhado um papel dinamizador na liderança deste projeto, na gestão dos conflitos existentes, no desenvolvimento de estratégias de motivação da equipa e no desenvolvimento e suporte das atividades realizadas, tendo comportado ganhos significativos na qualidade dos cuidados prestados. Foi introduzido na equipa hábitos de uma prática reflexiva complementada por um pensamento crítico, os quais contribuíram para a aquisição de aprendizagens e para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No **domínio da gestão de cuidados** incluem-se todas as atividades realizadas que permitiram sensibilizar a equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional, para otimização da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa, na preparação do regresso a casa. Destaca-se a articulação da equipa multiprofissional e a gestão dos recursos existentes e necessários em cada situação e em cada contexto, que contribuíram para a qualidade dos cuidados.

No que concerne à **aquisição de competências de investigação** procurou desenvolver-se uma prática baseada na atualidade científica. Foram mobilizadas

algumas ferramentas da investigação, como a entrevista, a análise documental, análise estatística descritiva e de conteúdo. Realizaram-se notas de campo para reflexão, registos das entrevistas e apresentou-se um poster científico no âmbito deste projeto intitulado em “A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa submetida a Gastrectomia e sua família – A Parceria como Intervenção de Enfermagem”.

No âmbito da prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família para a gestão da sua doença desenvolveram-se competências ao nível da avaliação multidimensional da pessoa idosa e consequente intervenção, no desenvolvimento conjunto de estratégias para a capacitação nos cuidados necessários e na preparação do regresso a casa, e para Cuidar de Si.

A relação de parceria mostrou ser fundamental na construção de uma relação de confiança pelo estímulo a objetivos comuns entre enfermeiro-doente-família, estimulando a participação ativa dos clientes no seu processo saúde-doença, promovendo o desenvolvimento de conhecimentos e competências e favorecendo a tomada de decisão nos cuidados, no preparação do regresso a casa.

#### **4.1. Limitações do projeto**

Uma das limitações sentidas foi a restrição de tempo. Considerando as mudanças que este projeto acarreta, é necessário um período de tempo para a incorporação dos novos conhecimentos e modelos de atuação na prática para garantir a adesão da equipa. Esta limitação implicou rigor no cumprimento das fases previamente determinadas, para não exceder a programação inicial.

Ser um elemento externo ao serviço exigiu a integração na equipa e sua dinâmica e a conquista de confiança, tendo-se constituído um desafio que exigiu o desenvolvimento de competências de comunicação, liderança e supervisão.

Outra limitação detetada foi não estar integrada nos cuidados à pessoa idosa gastrectomizada, a qual foi ultrapassada através da formação contínua nesta área, interesse e dedicação constante, e prestação direta de cuidados.

As recentes alterações estruturais ao nível da mudança de chefia, a fusão das enfermarias de homens com a de mulheres e a redução da equipa de enfermagem tornaram evidente algum descontentamento e desmotivação na equipa, tendo conduzido ao desenvolvimento de estratégias motivacionais.

A ausência de hábitos de reflexão sobre as práticas na equipa e o desconhecimento do modelo de atuação em parceria com a pessoa idosa implicou um esforço na sensibilização, formação e reflexão para a mudança de práticas.

Por último, o facto de a experiência domiciliar não ter sido aprovada no contexto selecionado impediu o acompanhamento dos clientes incluídos no projeto e a identificação das suas dificuldades e necessidades após o regresso a casa.

#### **4.2. Questões éticas**

As competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram alvo de reflexão e desenvolvimento ao longo deste trabalho. Essas competências alicerçaram-se nos princípios éticos, no REPE e no Código Deontológico.

Foi realizado um pedido de autorização escrito à Direção de Enfermagem do CHLC para a realização deste projeto. Procedeu-se à apresentação e negociação do projeto com o enfermeiro chefe que acompanhou, conjuntamente com a enfermeira de referência, o processo de implementação. Também foi assegurada a aprovação do diretor de serviço. Reconhecendo a sua pertinência, todos os elementos aceitaram voluntariamente participar no projeto.

Foi oferecida a liberdade de escolha às pessoas idosas/famílias na aceitação em participar no trabalho, respeitando a liberdade de escolha, a autodeterminação, o respeito pelo outro e o consentimento informado. Foi assegurada a confidencialidade e o anonimato dos dados obtidos nas entrevistas.

Sendo a população-alvo deste projeto composta por pessoas idosas e considerando a vivência de uma ou mais transições em simultâneo, considerou-se a possibilidade de se encontrarem em situação de fragilidade e vulnerabilidade. No respeito pela dignidade humana, as intervenções desenvolvidas tiveram como objetivo o estabelecimento de uma relação de parceria, tendo sido valorizada a autonomia do cliente e o seu projeto de vida no processo de cuidados.

Atendendo aos benefícios das intervenções de enfermagem na preparação da alta hospitalar e na transição para o domicílio, e atendendo aos ganhos em termos de qualidade dos cuidados, a equipa alargou a sua implementação a todas os clientes do serviço, respeitando o princípio da igualdade e de justiça.

Todos os princípios éticos supracitados corroboram o conceito de parceria, tendo-se revelado fundamentais no desenvolvimento de cuidados centrados no cliente.

Considera-se que foi desenvolvida uma prática profissional e ética no campo de intervenção à pessoa idosa, com mobilização do conhecimento ético-deontológico, e sustentando a decisão clínica em princípios, valores e normas deontológicas.

#### **4.3. Implicações para a prática / Sugestões**

O empenho da equipa de enfermagem na execução deste projeto foi notável, apesar das dificuldades inerentes a qualquer processo de mudança. As vantagens foram identificadas e sentidas pela equipa na implementação de intervenções em parceria com a pessoa idosa gastrectomizada. Numa opinião partilhada pelo enfermeiro chefe e pelas enfermeiras especialistas foi considerada vantajosa a continuidade do projeto no serviço, pelos ganhos conseguidos na qualidade dos cuidados prestados, na deteção do risco nutricional, no envolvimento do cliente nos cuidados e na preparação do regresso a casa.

Porém, há algumas sugestões que não podem deixar de ser referidas por contribuírem para o incremento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa: a criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória, no serviço de consultas externas, direcionada para a pessoa idosa proposta para gastrectomia; a criação de uma consulta telefónica de enfermagem sediada no SCHCL para seguimento pós-operatório; o alargamento do plano de educação para a preparação para o regresso a casa a todos os clientes do serviço, individualizando as necessidades e adequando as intervenções; a disponibilização do material de apoio à educação construído aos serviços de cirurgia do hospital; o seguimento domiciliário destes clientes, no processo de transição do hospital para casa; a reavaliação nutricional periódica.

Sugere-se a continuidade das sessões de reflexão sobre as práticas no serviço, pois são momentos de aprendizagem conjunta e melhoria das práticas.

## **6. CONCLUSÃO**

Num período em que se assiste a um envelhecimento da população e ao aumento da esperança média de vida, importa uma eficiente gestão de recursos na gestão da doença. A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família surge como uma oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados e gestão de recursos, exigindo adaptação à nova condição de vida de forma a evitar complicações nesse processo.

A implementação deste projeto de estágio permitiu o envolvimento e corresponsabilização no processo de aprendizagem enquanto enfermeira especialista e favoreceu a aquisição de competências ao nível da gestão de cuidados, investigação, prática clínica, formação, melhoria contínua da qualidade e responsabilidades profissional, ética e legal.

Apesar das dificuldades, ocorreu integração na equipa e aquisição progressiva de autonomia na prestação de cuidados individualizados à pessoa idosa e na sua avaliação global. Considera-se a aceitação, envolvimento e carinho das pessoas idosas/famílias envolvidas uma grande recompensa, pois foi com elas que, em parceria, se aprendeu, negociou e atuou, tendo contribuído positivamente para a intervenção conjunta com a pessoa idosa na preparação do seu regresso a casa.

Ter assumido uma atitude reflexiva, assertiva e direcionada para a resolução dos problemas identificados, ao longo de todo o estágio, proporcionou uma harmonização dos objetivos pessoais, da equipa de enfermagem e das necessidades das pessoas idosas, determinando ganhos pessoais, enquanto futura enfermeira especialista, para as pessoas idosas enquanto recetoras dos cuidados, e para a equipa de enfermagem enquanto prestadora de cuidados. Assim, os objetivos definidos foram alcançados na medida em que foram desenvolvidas competências de enfermagem especialista, na área da pessoa idosa, e se contribuiu para o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem, que reconheceu o problema existente e desenvolveu uma intervenção estruturada, precoce e

negociada para a preparação do regresso a casa, valorizando as capacidades, conhecimentos e experiência de vida da pessoa idosa.

Os resultados evidenciam que os enfermeiros conhecem melhor a pessoa idosa e preparam o regresso a casa desde o início do internamento. A continuidade de intervenções é assegurada através de registos de enfermagem mais individualizados e completos, e através das passagens de ocorrências. A avaliação nutricional foi implementada. A pessoa idosa/família detém conhecimento sobre os cuidados, sendo capaz de assumir/assegurar o cuidado de Si no regresso a casa. Os enfermeiros enunciam algumas aprendizagens realizadas, como a mudança de práticas na preparação do regresso a casa da pessoa idosa, a valorização de necessidades da pessoa idosa, a promoção do autocuidado, e inclusão da família neste processo transicional.

Estes resultados coadunam-se com o que a evidência científica revela como boas práticas na preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada, pelo que se conclui que este projeto comportou ganhos significativos em termos de qualidade dos cuidados, e ao nível das aprendizagens efetuadas.

Ao capacitar o cliente/família para a aquisição de conhecimentos e para a tomada de decisão, possibilita-se a mobilização de conhecimentos e capacidades adquiridas, garantindo o domínio dos cuidados e promovendo uma transição saudável. Ao participar, o cliente sente-se menos um objeto e mais uma pessoa, porque são consideradas as suas características individuais; assume-se conjuntamente uma atitude formativa e ativa ao invés de uma ação meramente informativa e passiva, o que permite definir o cliente como uma pessoa e não como um objeto de trabalho, em que se partilham os cuidados de enfermagem e a tomada de decisão.

A compreensão da pessoa idosa em processo de doença permitiu o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem Médico-cirúrgica, na área de especialização pessoa idosa, cuja prática se baseou em sólidos e válidos padrões de conhecimento, tendo conferido ganhos na prestação de cuidados individualizados à pessoa idosa.

## BIBLIOGRAFIA

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E., Manfrin, M. (2009, Setembro). Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (18) 2539-2546. DOI:10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cabete, D. (2005). *O Idoso a Doença e o Hospital: o Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.
- Clarke, A., Sohanpal, R., Wilson, G., Taylor, S. (2010, Fevereiro). Patients' perceptions of early supported discharge for chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Quality Safety Health Care*. 19 (2) 95-98. DOI: 10.1136/qshc.2007.025668.
- Costa, P., Mello, E., Kesley, R., Cola, B., Mirssilians, G., Leidermann, E., ..., Pinto, C. (2004). Cancro Gástrico em idosos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 50 (3), 211-217.
- Curtis, E., O'Connell, R. (2011). Essential leadership skills for motivating and developing staff. *Nursing Management* 18 (5), 32-35.
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica*. São Paulo: Artmed.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – ESEL (2010) – *Cursos De Enfermagem Avançada: Curso de Pós Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CPGEMC)*. ESEL.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013). *Regulamento de Mestrado*. ESEL.
- Fernandes, A. (2007, Abril). Determinantes da Mortalidade e da Longevidade: Portugal numa Perspectiva Europeia (EU15, 1991-2001). *Análise Social*. 183, 419-443.
- Ferreira, P., Mendes, A., Fernandes, I., Ferreira, R. (2011, Dezembro). Tradução e validação para a língua portuguesa do questionário de planeamento da alta (PREPARED). *Revista de Enfermagem Referência*. 3 (5), 121-133.
- Ferry, M., Alix, E. (2004). *A Nutrição da pessoa idosa* (2ª edição). Loures: Lusociência.
- Florêncio, H. (2011). *O Regresso da Pessoa Idosa com doença crónica e família à sua casa: a parceria como intervenção de enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica* (2ª edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Foss, C., Askautrud, M. (2010, Fevereiro). Measuring the participation of elderly patients in the discharge process from hospital: a critical review of existing instruments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25 (1) p. 46-55. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2010.00788.x.



Foulcault, M., (1984). *Le Courage de la Vérite. Le Gouvernement de Soi et des Autres II*. França: Hautes études.

Fox, V. (2008) Educação do Paciente e Planeamento da Alta. In Rothrock, J. (2008). *Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico*. (13ª edição). Loures: Lusodidacta.

Franque, P. (2006). *Análise dos estilos de gestão do conflito predominantes em ambiente laboral dos enfermeiros na ilha de S. Miguel*. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública. Universidade dos Açores. Acedido em 18/05/2012. Disponível em: <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/503/1/DissertMestradoPedroFutiFranque.pdf>.

Freitas, A. (2010, Janeiro/Março). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva das Etapas. *Percursos*. Setúbal. 15, 1-37. Acedido em: 10/12/2012. Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/percursos/per\\_num\\_15.html](http://web.ess.ips.pt/percursos/per_num_15.html).

Gallant, M., Beaulieu, M., Carnevale, F. (2002, Outubro). Partnership: on analysis of the concept within the nurse-client relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 40 (2) 149-157. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02357.x.

GLOBOCAN (2008). Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. *International Agency for Research on Cancer*. World Health Organization. Acedido em: 10/12/2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/>.

Gomes, I. (2002). *O conceito de parceria no processo de cuidados de enfermagem ao doente idoso: "O Erro de Narciso"*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de Mestrado.

Gomes, I. (2007). *Parceria e Cuidado de Enfermagem – Uma Questão de Cidadania*. Coimbra: Formasau.

Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si – a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.

Gonçalves, C., Carrilho, M. (2006). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*. 40, 21-31.

Gonçalves, D. (2008). *A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada*. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado.

Grimmer, K., Moss, J. (2001, Abril). The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *International Journal for Quality in Health Care*. 13 (2) 109-116. Acedido em: 15/02/2012. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/13/2/109.full.pdf>.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência.

Hook, M. (2006, Outubro). Partnering with patients – a concept ready for action. *Journal of Advanced Nursing*. 56 (2), 133-143. DOI 10.1111/j.1365-2648.2006.03993.x.

Huby, G., Brook, J., Thompson, A., Tierney, A. (2007, Janeiro). Capturing the concealed: Interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after



acute hospitalization. *Journal of Interprofessional Care*. 21 (1), 55-67. DOI: 10.1080/13561820601035020.

Índice Nacional de Estatística (2004). *Projeções de População Residente, Portugal e NUTS II. 2000-2050*. Informação à comunicação social. Acedido em: 29/11/2012. Disponível em: <http://www.ine.pt>.

Índice Nacional de Estatística (2011). *Indicadores Sociais – Informação à Comunicação Social*. Acedido em: 29/11/2012. Disponível em: <http://www.ine.pt>.

Johansson, K., Katajisto, J., Salanterä, S. (2010, Novembro). Pre-admission education in surgical rheumatology: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursing*. 19 (21-22), 2980-2988. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03347.x.

Johns, C. (2009). *Becoming a Reflective Practitioner*. 3ª ed.. Singapura: Wiley-Blackwell.

Kelly, P. (2010). *Essentials of Nursing and Leadership Management*. 2ª edição. Estados Unidos da América: Cengage Learning.

Kofi Annan (2002). In *Sessão de abertura da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, Madrid, 2002.

Laugaland, K., Aase, K., Barach, P. (2012, Janeiro). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Reading Mass*. 41 (1), 2915-2924. DOI: 10.3233/WOR-2012-0544-2915.

Lopes, S. (2011). *Avaliação do Estado Nutricional: Estratégias de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa com Insuficiência Cardíaca na promoção do Cuidado de Si*. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Loureiro, I., Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde*. Coimbra: Almedina.

Loureiro, M. (2008). *Validação do “Mini-Nutricional Assessement” em Idosos*. Coimbra: Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado em Nutrição Clínica.

Maramba, P., Richards, S., Myers, A., Larrabee, J. (2004, Abril/Junho). Discharge Planning Process. *Journal of Nursing Care Quality*. 19 (2), 123-129.

Marquis, B., Huston, C. (2012). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing*. 7ª edição. China: Lippincott Williams & Wilkins.

Martins, A., Pinto, A., Pimentel, E., Fonseca, I., André, M., Almeida, M., ..., Santos, R. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar em Enfermagem*. 12(2), 52-61.

Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing. Development and Progress* (3ª edição). USA: Lippincott.

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. USA: Springer Publishing Company.

Mello, B., Lucena, A., Echer, I., Luzia, M. (Dezembro, 2010). Pacientes com Câncer Gástrico Submetidos à Gastrectomia: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31 (4), 803-811. Acedido em: 10/05/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n4/a26v31n4.pdf>.

Merriman, M. (2008, Janeiro/Março). Pre-Hospital Discharge Planning. *Critical Care Nursing Quarterly*. 31 (1), 52-58. DOI: 10.1097/01.CNQ.0000306397.25024.d6.

Miranda, A. (2008). *Impacto da Intervenção Nutricional em Doentes Gastrectomizados*. Porto. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Monografia de licenciatura.

Moita, A., Nunes, C., Silva, I., Soveral, M., Potra, T. (2007). Nota de Alta/Transferência de Enfermagem. Retrato de uma prática. *Pensar Enfermagem*. 2º semestre. 11(2), 12-24.

Moore, J., West, R., Kenn, J., Godfrey, M., Townsend, J. (2007, Março). Networks and governance: the case of intermediate care. *Health and Social Care in the Community*. 15 (2), 155-164. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2006.00670.x.

Moniz, J. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa. A prática de enfermagem como experiência formativa*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. [em linha]. Acedido em: 15/11/2012. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: Uma Política de Saúde*. [em linha]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 60p. Acedido em: 10/10/2012. Disponível em: [http://www.fef.br/biblioteca/data/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.fef.br/biblioteca/data/envelhecimento_ativo.pdf).

Osório, A., Pinto, F. (2007). *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Paiva, I., Santos, D., Pimentel, V., Ferreira, M. (2011). Utentes com gastrectomia por carcinoma gástrico: nutrição versus qualidade de vida – Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(3), 123-130.

Papini-Berto, S., Burini, R. (2001). Causas de Desnutrição Pós-Gastrectomia. *Arquivos de Gastrenterologia*. 38(4), 272-275.

Parrish, M., O'Malley, K., Adams, R., Adams, S, Coleman, E. (2009). Implementation of the Care Transitions Intervention. *Professional Case Management*. 14 (6), 282-293.

Paúl, C., Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.

Pereira, A., Tessarini, M., Pinto, M., Oliveira, V. (2007). Alta Hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. *Revista de Enfermagem UERJ*. 15(1), 40-5.

Phipps, W., Sands, J., Marek, J. (2009). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica* (8ª edição). Loures: Lusociência.

Pompeo, D., Pinto, M., Cesarino, C., Araújo, R., Poletti, N. (2007, Abril). Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paulista de Enfermagem*. 20 (3), 345-350. Acedido em: 15/02/2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt\\_a17v20n3.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a17v20n3.pdf).

Rebelo, M. (2012). O Regresso do Doente a Casa: Saberes e Práticas dos Enfermeiros no Processo de Alta. In Basto, M. (2012) – *Cuidar em Enfermagem. Saberes da Prática*. Coimbra, Formasau.

Rydeman, I., Törnkvist, I., Agreus, I., Dahlberg, K. (2012). Being in-between and lost in the discharge process – An excursus of two empirical studies of older persons', their relatives', and care professionals' experience. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 7 (2012) 1-9. DOI: 10.3402/qhw.v7i0.19678.

Rodrigues, M. (2004). (In) existência de continuidade de cuidados ao doente cirúrgico entre serviços. *Revista AESOP*. 5(15), p. 13-24.

Russel, D., Rosati, R., Sobolewski, S., Marren, J., Rosenfeld, P. (2011, Novembro/Dezembro). Implementing a Transitional Care Program for High-Risk Heart Failure Patients: Findings from a Community-Based Partnership Between a Certified Home HealthCare Agency and Regional Hospital. *Journal for Healthcare Quality*. 33 (6), 17-24. DOI: 10.1111/j.1945-1474.2011.00167.x.

Sennour, Y., Counsell, S., Jones, J., Weiner, M. (2009, Novembro). Development and Implementation of a Proactive Geriatrics Consultation Model in Collaborations with Hospitalists. *The American Geriatrics Society*. 57 (11), 2139-2145. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02496.x.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Shyu, Y., Chen, M., Chen, S., Wang, H., Shao, J. (2008). A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 2497-2508.

Smeltzer, S., Bare, B. (2010). *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing* (12ª edição). EUA: Lippincott Williams & Wilkins.

Streubert, H., Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. (2ª edição). Loures: Lusociência.

Soler, R., Canal, D., Noguer, C., Poch, C., Motge, N., Gil, M. (2010, Janeiro). Continuity of care and monitoring pain after discharge: patient perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (1), 40-48. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05136.x.

Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas*. Loures: Lusociência.

Toneto, M., Moreira, L., Neto, E., Souza, H. (Novembro/Dezembro, 2004). Gastrectomia em Pacientes Idosos – Análise dos Fatores Relacionados a Complicações e Mortalidade. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 31 (6).

Tutton, E. (2005). Patient participation on a ward for frail older people. *Journal of Advanced Nursing*. 50 (2), 143-152.

Whitehead, D., Weiss, S., Tappen, R. (2010). *Essentials of Nursing Leadership and Management*. 5ª edição. Estados Unidos da América: F.A. Davis Company.

Wong, F., Ho, M., Yeung, S., Tam, S., Chow, S. (2011, Julho). Effects of a Health-social partnership transitional program on hospital readmission: a randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*. 73, 960-969. DOI: 10.1016/j.socscimed.2011.06.036.

Wright, L., Leahey, M. (2012). *Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (6ª Edição). Filadélfia: F. A. Davis Company.

## **ANEXOS**

**ANEXO I – Escala de avaliação nutricional Mini Nutricional Assessment  
(MNA)**

# Mini Nutritional Assessment

## MNA<sup>®</sup>

Nestlé  
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção “triagem”, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção “triagem”.  
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

### Triagem

#### A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

- 0 = diminuição grave da ingestão  
1 = diminuição moderada da ingestão  
2 = sem diminuição da ingestão ☐

#### B Perda de peso nos últimos 3 meses

- 0 = superior a três quilos  
1 = não sabe informar  
2 = entre um e três quilos  
3 = sem perda de peso ☐

#### C Mobilidade

- 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
1 = deambula mas não é capaz de sair de casa  
2 = normal ☐

#### D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

- 0 = sim  
2 = não ☐

#### E Problemas neuropsicológicos

- 0 = demência ou depressão graves  
1 = demência ligeira  
2 = sem problemas psicológicos ☐

#### F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m<sup>2</sup>])

- 0 = IMC < 19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23 ☐

#### Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) ☐ ☐

12-14 pontos: estado nutricional normal

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

### Avaliação global

#### G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

- 1 = sim  
0 = não ☐

#### H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

- 0 = sim  
1 = não ☐

#### I Lesões de pele ou escaras?

- 0 = sim  
1 = não ☐

#### J Quantas refeições faz por dia?

- 0 = uma refeição  
1 = duas refeições  
2 = três refeições ☐

#### K O doente consome:

- pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim ☐ não ☐
  - duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim ☐ não ☐
  - carne, peixe ou aves todos os dias? sim ☐ não ☐
- 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»  
0.5 = duas respostas «sim»  
1.0 = três respostas «sim» ☐ ☐

#### L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

- 0 = não  
1 = sim ☐

#### M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

- 0.0 = menos de três copos  
0.5 = três a cinco copos  
1.0 = mais de cinco copos ☐ ☐

#### N Modo de se alimentar

- 0 = não é capaz de se alimentar sozinho  
1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade  
2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade ☐

#### O O doente acredita ter algum problema nutricional?

- 0 = acredita estar desnutrido  
1 = não sabe dizer  
2 = acredita não ter um problema nutricional ☐

#### P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior  
0.5 = não sabe  
1.0 = igual  
2.0 = melhor ☐ ☐

#### Q Perímetro braquial (PB) em cm

- 0.0 = PB < 21  
0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22  
1.0 = PB > 22 ☐ ☐

#### R Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31  
1 = PP ≥ 31 ☐

#### Avaliação global (máximo 16 pontos) ☐ ☐ ☐

#### Pontuação da triagem ☐ ☐ ☐

#### Pontuação total (máximo 30 pontos) ☐ ☐ ☐

#### Avaliação do Estado Nutricional

- |                     |                          |                           |
|---------------------|--------------------------|---------------------------|
| de 24 a 30 pontos   | <input type="checkbox"/> | estado nutricional normal |
| de 17 a 23,5 pontos | <input type="checkbox"/> | sob risco de desnutrição  |
| menos de 17 pontos  | <input type="checkbox"/> | desnutrido                |

#### References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; **56A**: M366-377.
- Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:466-487.

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Para maiores informações: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

## **APÊNDICES**





### CRONOGRAMA DE ATIVIDADES – ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Atividades	Data de início - fim	Outubro 2012	Novembro 2012	Dezembro 2012	Janeiro 2013	Fevereiro 2013	Março 2013	Abril 2013
Estágio	01/10/2012 a 15/02/2013							
Fase de Diagnóstico	01/10/2012 a 31/10/2012							
Fase de Implementação	01/11/2012 a 31/01/2013							
Fase de Avaliação	01/02/2013 a 15/02/2013							
Elaboração de relatório	18/02/2013 a 08/03/2013							
Formação a equipa	06/11/2012; 7/11/2012							
RSL	01/10/2012 a 15/02/2013							
Orientação tutorial	29/10/2012;19/11/2012; 19/12/2012; 24/01/2013							

## **APÊNDICE II – Indicadores de avaliação dos registos de enfermagem**

## INDICADORES DE AVALIAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM

### 1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – REVELAR-SE (GOMES, 2009)

<b>Indicador:</b> Identidade da pessoa idosa hospitalizada	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
Nome		
Nome preferido		
Idade		
Nacionalidade		
Raça		
Religião		
Estado civil		
Profissão/ocupação		

<b>Indicador:</b> Contexto de vida	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
Com quem habita		
Condições habitacionais		
Pessoa a contactar e contacto		
Situação económica (referência a dificuldades?)		
Ocupação dos tempos livres/ projeto de vida (que ocupações?)		
Rede de apoio (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, ajudante familiar, apoio na higiene, alimentação, arrumação da casa, RNCCI, IPSS)		

<b>Indicador:</b> Contexto de doença	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
Diagnóstico de admissão		
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico		
A pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico		
Antecedentes pessoais		
Antecedentes cirúrgicos		
Alergias		
Medicação habitual no domicílio		
Gestão do regime terapêutico		
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física, nutricionais)		
Conhece o impacto da doença/tratamento na vida do cliente (alteração dos hábitos alimentares, necessidade de suplementos)		

<b>Avalia sinais de desnutrição (perda de peso, emagrecimento)</b>		
<b>Avaliação do estado nutricional (aplicação do MNA)</b>		

<b>Indicador:</b> Problemas decorrentes do envelhecimento	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
<b>Alteração da alimentação (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, prótese dentária)</b>		
<b>Alteração da eliminação (vesical ou intestinal)</b>		
<b>Alteração do padrão de sono</b>		
<b>Alteração da mobilidade</b>		
<b>Alteração do estado sensorial (paladar, cheiro, visão)</b>		

<b>Indicador:</b> Conhece os hábitos/atividades da pessoa idosa	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
<b>Alimentação</b>	Nível de dependência	
	Variedade	
	Horário das refeições	
	Número de refeições	
	Preferências alimentares	
	Restrições alimentares	
	Ingestão hídrica	
	Com quem faz as refeições	
	Local onde faz as refeições	
	Quem providencia a compra dos alimentos	
	Quem confeciona os alimentos	
<b>Eliminação</b>	Nível de dependência	
	Características	
	Frequência	
	Dependência de fármacos	
<b>Mobilidade /exercício</b>	Nível de dependência	
	Limitações	
<b>Higiene e conforto</b>	Nível de dependência	
<b>Sono/repouso</b>	Características do sono (duração)	
	Dependência de fármacos	

## 2ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ENVOLVER-SE (GOMES, 2009)

<b>Indicador:</b> Conhece a pessoa idosa/família face à sua situação de saúde	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
O enfermeiro realiza a socialização ao serviço		
O enfermeiro entrega o folheto de acolhimento ao serviço		
O enfermeiro mostra-se disponível para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os seus cuidados na pessoa, mostra respeito)		
O enfermeiro identifica necessidades de ajuda à pessoa idosa/família		
O enfermeiro conhece a importância que a pessoa idosa atribui à alimentação		
O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu estado nutricional e o que deve fazer para o otimizar		
O enfermeiro estabelece tempo para conhecer os hábitos alimentares da família (entrevista, por exemplo)		
O enfermeiro envolve a família nos cuidados (convida-a, acompanha-a, esclarece dúvidas)		
O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso		
Reconhece obstáculos a uma nutrição adequada (disfagia, retenção gástrica, refluxo biliar, síndrome de dumping, défice de vitaminas e sais minerais)		
O enfermeiro monitoriza e despista complicações potenciais (hemorragia, síndrome de dumping, náuseas ou vômitos)		

## 3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – POSSIBILITAR/CAPACITAR (GOMES, 2009)

<b>Indicador:</b> Partilha o poder/construção de uma ação conjunta	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
O enfermeiro inclui informação durante a prestação de cuidados (informa sobre estado nutricional, utiliza o seu conhecimento na realização de educação para a saúde)		
O enfermeiro partilha conhecimento com o cliente e família sobre os procedimentos peri-operatórios		
O enfermeiro partilha conhecimento com o cliente e família sobre os cuidados necessários após gastrectomia (controlo da dor, educação terapêutica e medicamentosa, plano		

alimentar/suplementos alimentares, nutrição entérica e/ou parentérica, vigilância de ferida operatória, contenção abdominal, sinais e sintomas de complicações)		
O enfermeiro promove o Cuidado de Si e respeita os tempos da pessoa idosa		
O enfermeiro constrói um plano alimentar conjuntamente com o cliente e atende às suas preferências		
O enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades do cliente (nutricionista, assistente social, médico)		

#### 4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE (GOMES, 2009)

Indicador: Desenvolve competências para atingir os objetivos comuns	Registado	Não registado
O enfermeiro valida intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si		
O enfermeiro ajuda a pessoa idosa/família a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa		

#### 5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (GOMES, 2009)

Indicador: Assumir ou assegurar o Cuidado do Si	Registado	Não registado
A pessoa idosa/família detém informação que permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si (plano alimentar, regime terapêutico e medicamentoso, vigilância de ferida operatória, sinais e sintomas de complicações)		
A pessoa idosa detém informação que lhe permita prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde		
A pessoa idosa apresenta conforto e bem-estar (controlo da dor, capacidade de Cuidar de Si)		
A pessoa idosa assegura cuidados para um estado de nutrição adequado (mantém regime alimentar, não tem diarreia excessiva, não apresenta náuseas ou vômitos, tolera 6 pequenas refeições por dia, não refere disfagia, retenção gástrica, refluxo biliar, síndrome de dumping ou deficiência de vitaminas e sais minerais)		

<b>A pessoa idosa/família conhece os recursos disponíveis na comunidade (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, ajudante familiar, apoio na higiene, alimentação, arrumação da casa, RNCCI, IPSS)</b>		
<b>A pessoa idosa/família conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)</b>		
<b>O enfermeiro fornece suporte escrito ao cliente/família (carta de alta de enfermagem, carta de informação clínica, carta da nutricionista, material de apoio à educação)</b>		
<b>A pessoa idosa/família compreende a finalidade do suporte escrito fornecido</b>		

### **APÊNDICE III – Grelha de observação dos registos de enfermagem**



## Guia de Observação dos registos de enfermagem – Avaliação Inicial

Os indicadores de avaliação elaborados revelaram-se um instrumento facilitador da análise e da compreensão dos dados colhidos. Apesar dos impressos analisados não contemplarem espaço para registo de todos os itens definidos, optei por os avaliar mesmo assim, dado a sua relevância para a parceria nos cuidados.

### 1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – REVELAR-SE (GOMES, 2009)

<u>Indicador:</u> Identidade da pessoa idosa hospitalizada	Registado	Não registado
Nome	0	10
Nome preferido	10	0
Idade	10	0
Nacionalidade	8	2
Raça	6	4
Religião	3	7
Estado civil	4	6
Profissão/ocupação	4	6

<u>Indicador:</u> Contexto de vida	Registado	Não registado
Com quem habita	2	8
Condições habitacionais	0	10
Pessoa a contactar e contacto	10	0
Situação económica (referência a dificuldades?)	0	10
Ocupação dos tempos livres/ projeto de vida (que ocupações?)	0	10
Rede de apoio (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, ajudante familiar, apoio na higiene, alimentação, arrumação da casa, RNCCI, IPSS)	0	10

<u>Indicador:</u> Contexto de doença	Registado	Não registado
Diagnóstico de admissão	10	0
A pessoa tem conhecimento do diagnóstico	4	6
A pessoa tem conhecimento do prognóstico	0	10
Antecedentes pessoais	8	2
Antecedentes cirúrgicos	8	2

<b>Alergias</b>	9	1
<b>Medicação habitual no domicílio</b>	6	4
<b>Gestão do regime terapêutico</b>	0	10
<b>Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física, nutricionais)</b>	7	3
<b>Conhece o impacto da doença/tratamento na vida do cliente (alteração dos hábitos alimentares, necessidade de suplementos)</b>	1	9
<b>Avalia sinais de desnutrição (perda de peso, emagrecimento)</b>	4	6
<b>Avaliação do estado nutricional (aplicação do MNA)</b>	0	10

<b>Indicador: Problemas decorrentes do envelhecimento</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
<b>Alteração da alimentação (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, prótese dentária)</b>	6	4
<b>Alteração da eliminação (vesical ou intestinal)</b>	7	3
<b>Alteração do padrão de sono</b>	2	8
<b>Alteração da mobilidade</b>	0	10
<b>Alteração do estado sensorial (paladar, cheiro, visão)</b>	7	3

<b>Indicador: Conhece os hábitos/atividades da pessoa idosa</b>		<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
<b>Alimentação</b>	Nível de dependência	<b>10</b>	<b>0</b>
	Variedade	<b>1</b>	<b>9</b>
	Horário das refeições	<b>0</b>	<b>10</b>
	Número de refeições	<b>1</b>	<b>9</b>
	Preferências alimentares	<b>0</b>	<b>10</b>
	Restrições alimentares	<b>1</b>	<b>9</b>
	Ingestão hídrica	<b>0</b>	<b>10</b>
	Com quem faz as refeições	<b>0</b>	<b>10</b>
	Local onde faz as refeições	<b>0</b>	<b>10</b>
	Quem providencia a compra dos alimentos	<b>0</b>	<b>10</b>
	Quem confeciona os alimentos	<b>0</b>	<b>10</b>
<b>Eliminação</b>	Nível de dependência	<b>10</b>	<b>0</b>
	Características	<b>4</b>	<b>6</b>
	Frequência	<b>5</b>	<b>5</b>

	Dependência de fármacos	2	8
<b>Mobilidade /exercício</b>	Nível de dependência	10	0
	Limitações	4	6
<b>Higiene e conforto</b>	Nível de dependência	10	0
<b>Sono/repouso</b>	Características do sono (duração)	3	7
	Dependência de fármacos	2	8

## 2ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ENVOLVER-SE (GOMES, 2009)

<b>Indicador: Conhece a pessoa idosa/família face à sua situação de saúde</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
<b>O enfermeiro realiza socialização ao serviço</b>	8	2
<b>O enfermeiro entrega folheto de acolhimento ao serviço</b>	0	10
<b>O enfermeiro mostra-se disponível para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os seus cuidados na pessoa, mostra respeito)</b>	8	2
<b>O enfermeiro identifica necessidades de ajuda à pessoa idosa/família</b>	10	0
<b>O enfermeiro conhece a importância que a pessoa atribui à alimentação</b>	0	10
<b>O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu estado nutricional e o que deve fazer para o otimizar</b>	0	10
<b>O enfermeiro estabelece tempo de modo a conhecer os hábitos alimentares da família (entrevista, por exemplo)</b>	2	8
<b>O enfermeiro envolve a família nos cuidados (convida-a, acompanha-a, esclarece dúvidas)</b>	2	8
<b>O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso</b>	0	10
<b>Reconhece obstáculos a uma nutrição adequada (disfagia, retenção gástrica, refluxo biliar, síndrome de dumping, défice de vitaminas e sais minerais)</b>	5	5
<b>O enfermeiro monitoriza e despista complicações potenciais (hemorragia, síndrome de dumping, náuseas ou vômitos)</b>	10	0

### 3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – POSSIBILITAR/CAPACITAR (GOMES, 2009)

<b>Indicador:</b> Partilha o poder/construção de uma ação conjunta	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
O enfermeiro inclui informação durante a prestação de cuidados (informa sobre estado nutricional, utiliza o seu conhecimento na realização de educação para a saúde)	1	9
O enfermeiro partilha conhecimento com o cliente e família sobre os procedimentos peri-operatórios	2	8
O enfermeiro partilha conhecimento com o cliente e família sobre os cuidados necessários após gastrectomia (controlo da dor, educação terapêutica e medicamentosa, plano alimentar/suplementos alimentares, nutrição entérica e/ou parentérica, vigilância de ferida operatória, contenção abdominal, sinais e sintomas de complicações)	3	7
O enfermeiro promove o Cuidado de Si e respeita os tempos da pessoa idosa	1	9
O enfermeiro constrói um plano alimentar conjuntamente com o cliente e atende às suas preferências	0	10
O enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades do cliente (nutricionista, assistente social, médico)	4	6

### 4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE (GOMES, 2009)

<b>Indicador:</b> Desenvolve competências para atingir os objetivos comuns	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
O enfermeiro valida intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si	0	10
O enfermeiro ajuda a pessoa idosa/família a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa	0	10

**5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO  
(GOMES, 2009)**

<b>Indicador: Assumir ou assegurar o Cuidado do Si</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
A pessoa idosa/família detém informação que permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si (plano alimentar, regime terapêutico e medicamentoso, vigilância de ferida operatória, sinais e sintomas de complicações)	1	9
A pessoa idosa detém informação que lhe permita prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde	1	9
A pessoa idosa apresenta conforto e bem-estar (controlo da dor, capacidade de Cuidar de Si)	2	8
A pessoa idosa assegura cuidados para um estado de nutrição adequado (mantém regime alimentar, não tem diarreia excessiva, não apresenta náuseas ou vômitos, tolera 6 pequenas refeições por dia, não refere disfagia, retenção gástrica, refluxo biliar, síndrome de dumping ou deficiência de vitaminas e sais minerais)	2	8
A pessoa idosa/família conhece os recursos disponíveis na comunidade (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, ajudante familiar, apoio na higiene, alimentação, arrumação da casa, RNCCI, IPSS)	0	10
A pessoa idosa/família conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)	3	7
O enfermeiro fornece suporte escrito ao cliente/família (carta de alta de enfermagem, carta de informação clínica, carta da nutricionista, material de apoio à educação)	2	8
A pessoa idosa/família compreende a finalidade do suporte escrito fornecido	0	10

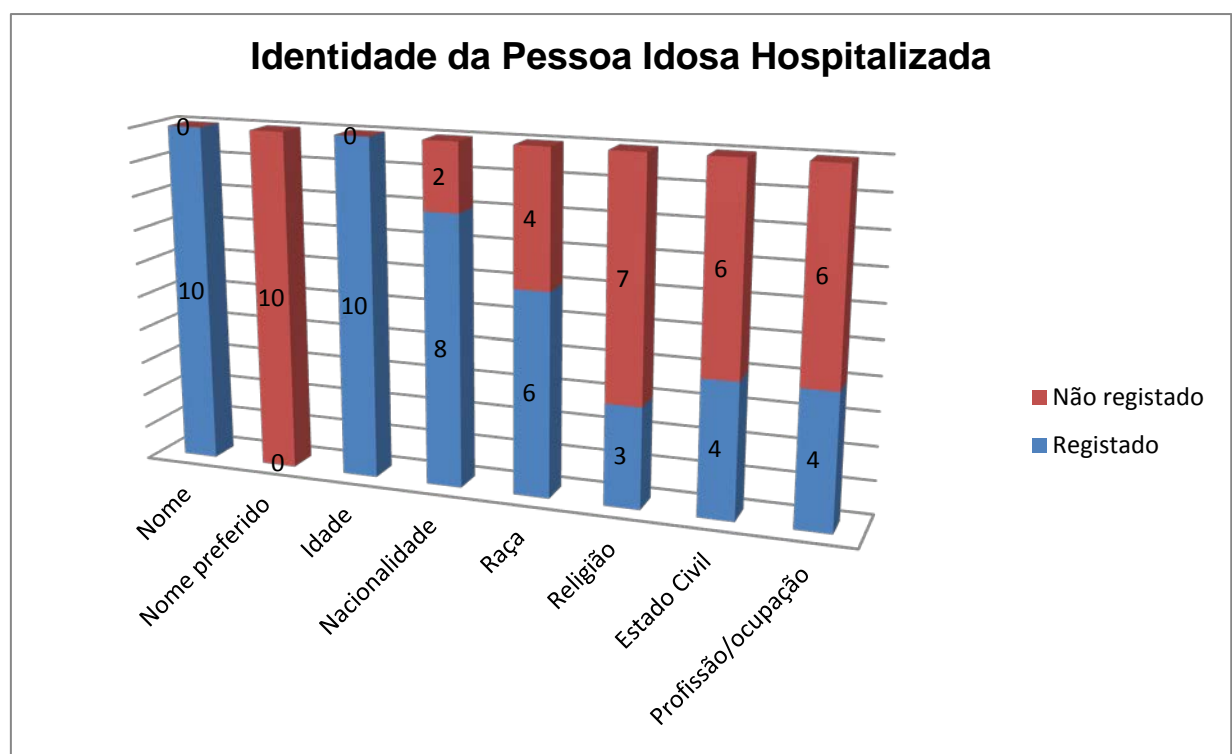
**APÊNDICE IV – Resultados estatísticos da avaliação inicial dos registros de enfermagem**

## Resultados estatísticos da avaliação inicial dos registos de enfermagem

Procedeu-se a uma análise dos registos de enfermagem<sup>1</sup> dos clientes submetidos a gastrectomia com o objetivo de conhecer que informação era registada relativamente à colheita de dados, à educação para a saúde realizada e à preparação para o regresso a casa, incluindo a articulação com os serviços de cuidados domiciliários.

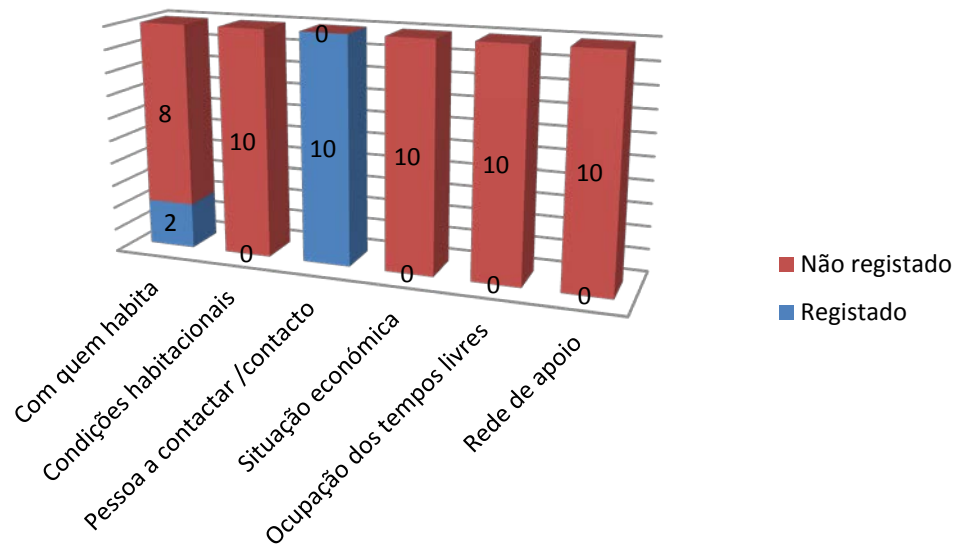
Foram analisados dez processos clínicos de idosos gastrectomizados internados (7 do sexo masculino e 3 do sexo feminino), no mês de Outubro. Os resultados foram trabalhados e apresentam-se graficamente.

### 1ª Fase do Modelo de Parceria – Revelar-se (Gomes, 2009)

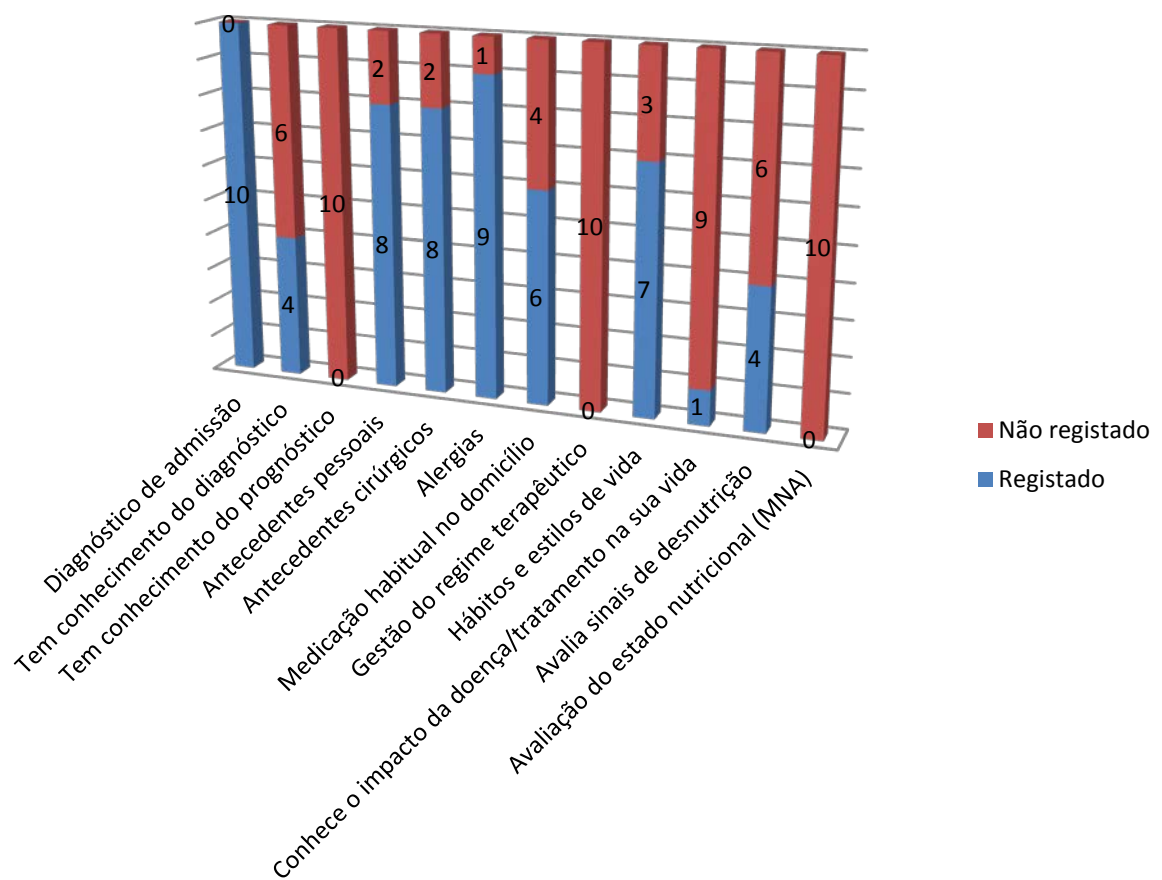


<sup>1</sup> Esta análise de processos contemplou o Impresso de Colheita de Dados de Enfermagem, o Diário de Enfermagem, o Plano de Cuidados de Enfermagem e a Nota de Alta de Enfermagem.

## Contexto de Vida

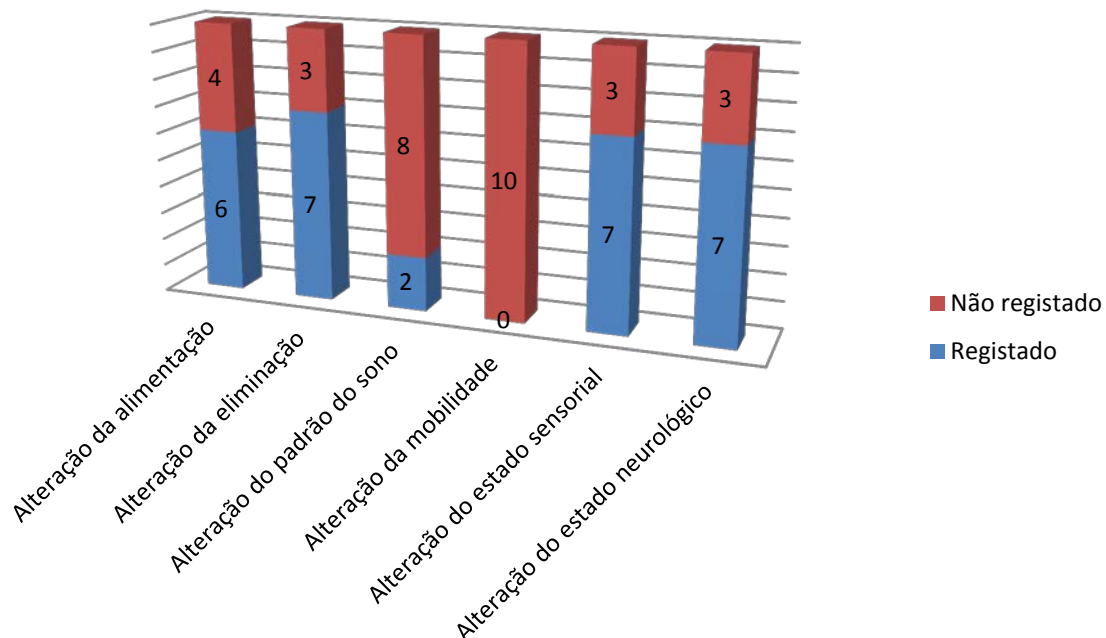


## Contexto de doença

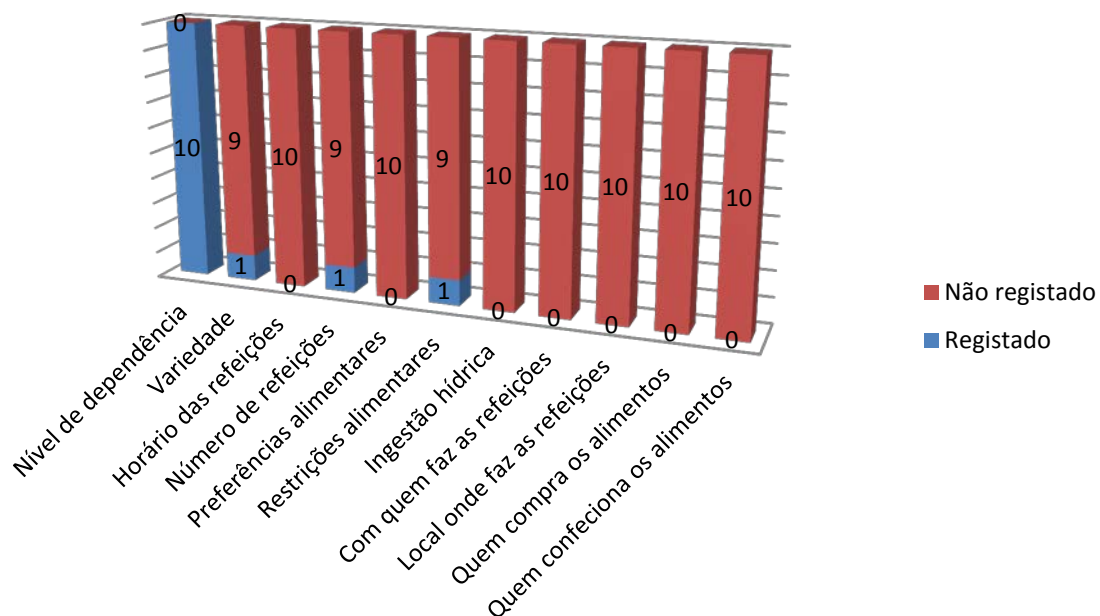




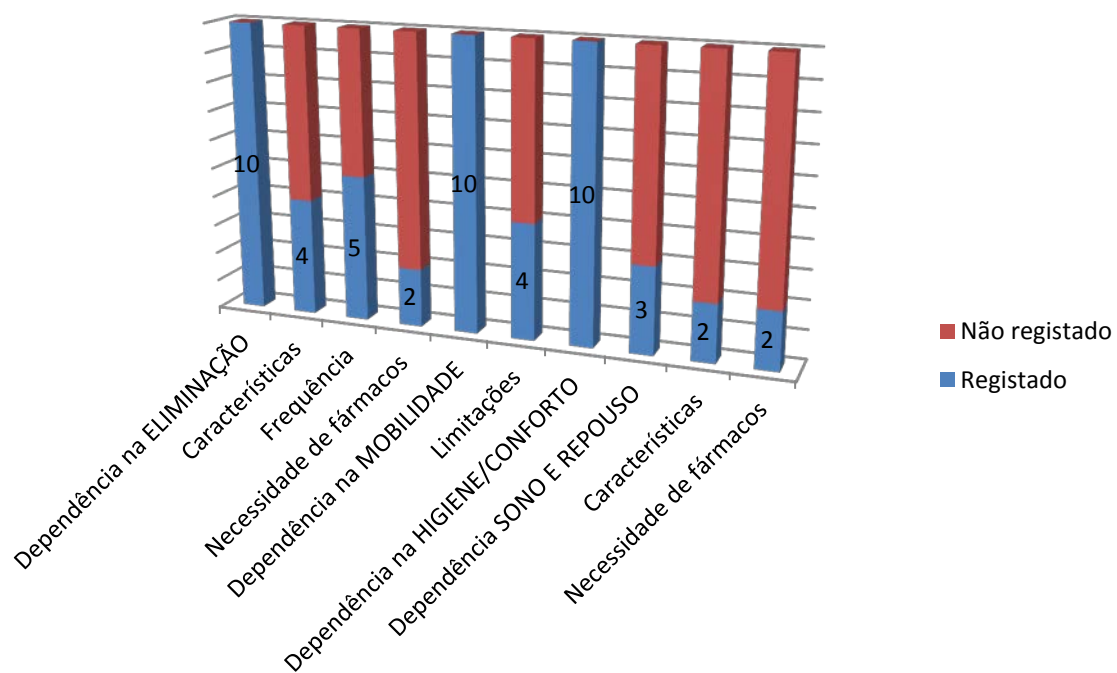
## Problemas decorrentes do envelhecimento



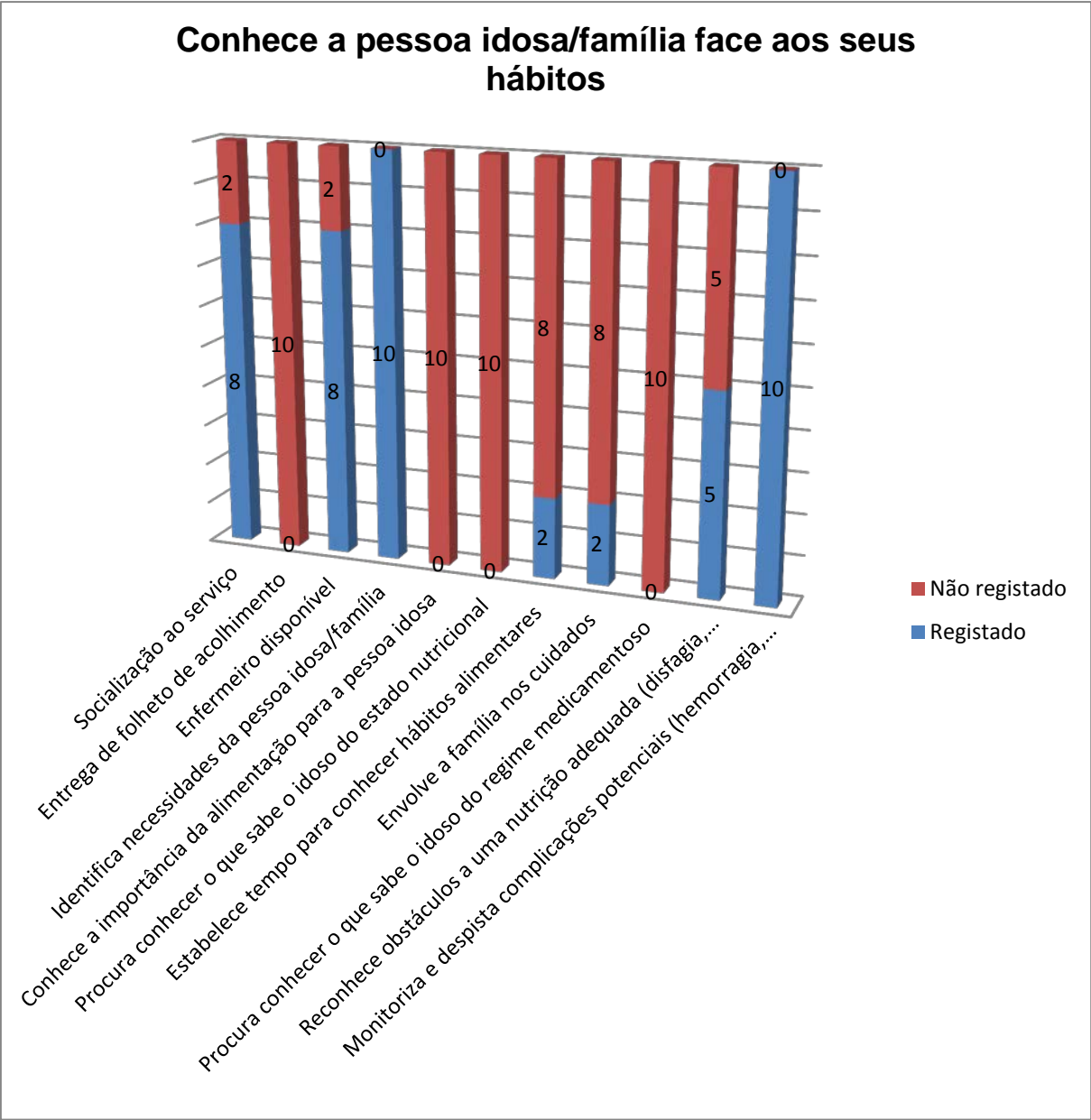
## Conhecer os hábitos/atividades da pessoa idosa - ALIMENTAÇÃO



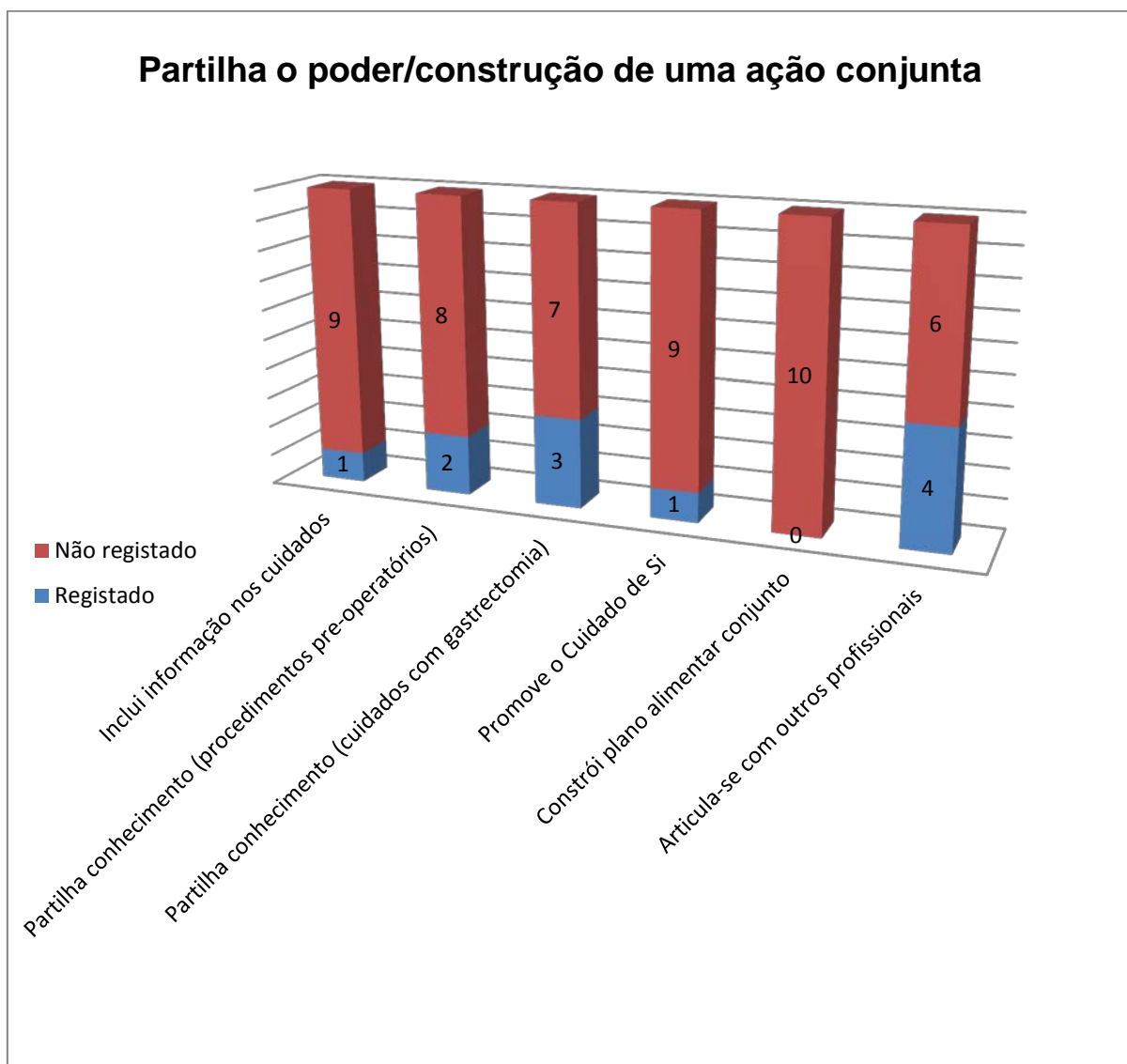
### Conhecer os hábitos/atividades da pessoa idosa



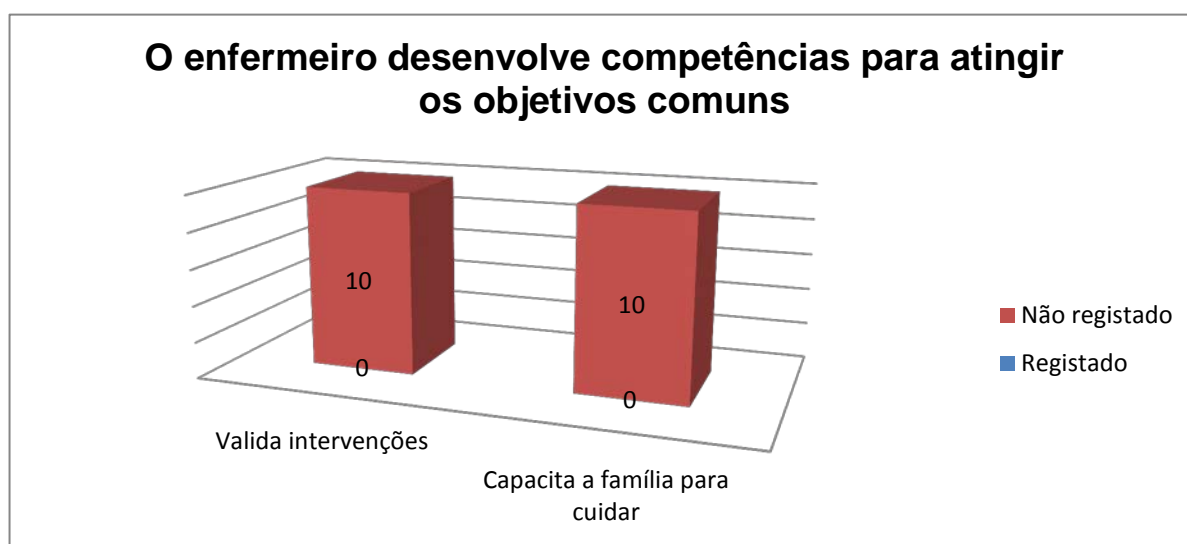
2ª Fase do Modelo de Parceria – Envolver-se (Gomes, 2009)



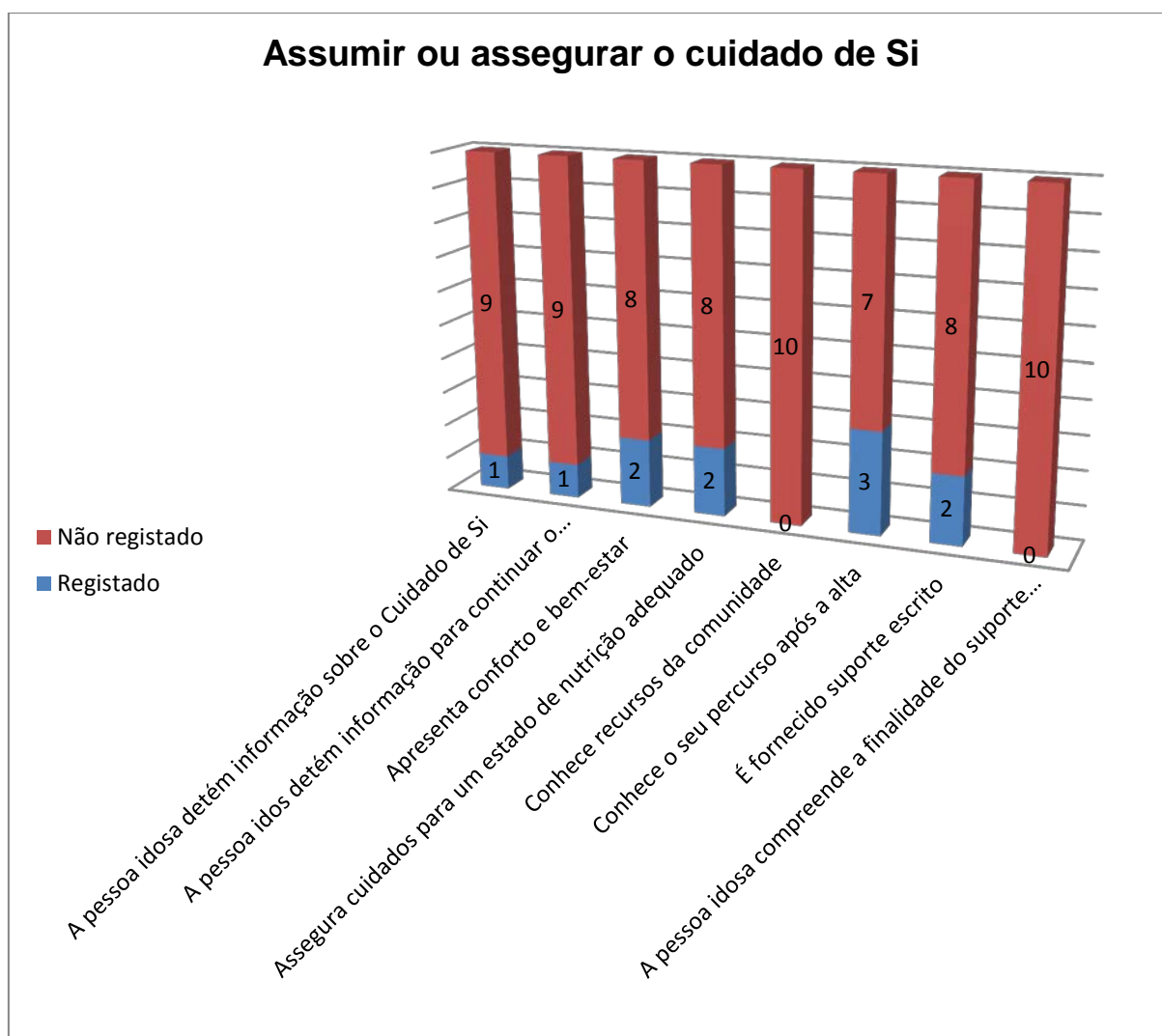
### 3ª Fase do Modelo de Parceria – Possibilitar/Capacitar (GOMES, 2009)



### 4ª Fase do Modelo de Parceria – Comprometer-se (GOMES, 2009)



## 5ª Fase do Modelo de Parceria – Assumir O Controlo De Si/Assegurar o Cuidado do Outro (Gomes, 2009)



De um modo geral os dados que obtenho são:

- Existem alguns dados que os enfermeiros registam com frequência:
  - ☞ Identidade da pessoa idosa hospitalizada;
  - ☞ Contexto de doença;
  - ☞ Avaliação do nível de dependência nas atividades de vida diárias;
  - ☞ Monitorização e despiste de complicações.
- Os aspetos registados ocasionalmente são:
  - ☞ Problemas decorrentes do envelhecimento;
  - ☞ Acolhimento e socialização ao serviço;
  - ☞ Prevenção de complicações;

- Os aspetos que não são registados ou raramente registados são:
  - ☞ Conhecimento do seu contexto de vida;
  - ☞ Conhecimento dos hábitos e atividades da pessoa idosa;
  - ☞ Avaliação nutricional da pessoa idosa;
  - ☞ Conhecimento da rede de apoio do cliente;
  - ☞ Partilha de poder com o cliente e a construção de uma ação conjunta;
  - ☞ Desenvolvimento de competências;
  - ☞ Assumir ou assegurar o cuidado de Si.

**APÊNDICE V – Enunciado de reflexão dos enfermeiros, corpo das respostas e  
sua análise**

## **Enunciado de reflexão realizado aos enfermeiros, conteúdo das respostas e sua análise**

A entrevista aos enfermeiros do serviço de cirurgia de um Centro Hospitalar em Lisboa (SCCHLC) teve por objetivo conhecer aspetos das suas práticas relativas ao acolhimento e preparação do regresso a casa do cliente idoso submetido a gastrectomia.

Recorreu-se a uma questão aberta por ser a estratégia mais usada para a colheita de dados e por permitir ao participante explicar a sua experiência sobre o fenómeno em estudo (Streubert e Carpenter, 2002). Segundo estes autores, as entrevistas devem ser realizadas num local confortável para o entrevistado, para que eles revelem a informação procurada.

Foi pedido, a quatro enfermeiros, que procedessem à descrição de uma situação baseada no seguinte enunciado:

*Pense numa situação de prestação de cuidados a um cliente idoso proposto para gastrectomia. Descreva como realiza o seu acolhimento e o que faz para preparar o seu regresso a casa.*

Os enfermeiros seleccionados foram os chefes de turno, pois são considerados os peritos, dada a sua experiência e conhecimento (Benner, 2001). Foi realizado um total de quatro entrevistas.

### **Corpo das respostas**

#### **Entrevista – enfermeiro 1**

---

*No acolhimento destes doentes procuro colher informação que me permita preencher a folha de colheita de dados e, dada a sua diversidade, permite-me ficar a conhecer aquele doente. No entanto, este é um processo que pode ser demorado, pelo que muitas vezes, acabo por fazer uma colheita de dados um pouco mais célere. Apresento-me sempre. Para o doente eu sou um estranho e ele tem de sentir que pode contar comigo.*

*No momento de admissão procuro identificar necessidades específicas do doente e, em diálogo com ele procuro colher o contacto de um familiar.*



*Relativamente aos ensinamentos específicos necessários após a gastrectomia, o doente nem sempre cumpre as indicações que lhe são dadas mas, nessas situações, fica com uma sensação de enfiamento, ou pode apresentar diarreia e isso acaba por funcionar como um aspeto que consciencializa a pessoa para a necessidade de cumprir os ensinamentos que lhe são realizados. Os ensinamentos sobre a alimentação acabam por ser realizados pela nutricionista, pois nós temos várias limitações, como a sobrecarga de trabalho, os registos manuais e informáticos, que nos impedem de ter um papel ativo nesta função. Procuro também, iniciar as intervenções educativas no início do internamento mas, naquele momento, o doente não compreende a necessidade de tanta adaptação. Acabo por proceder à educação após a cirurgia, quando retomam a ingestão oral.*

*No dia da alta, relembro ao doente alguns aspetos importantes como a consulta médica. Relembro, também, de um modo geral, os ensinamentos que foram falados durante o internamento para me certificar que o doente tem conhecimento das adaptações necessárias, não só relativamente à adaptação da sua alimentação, mas também eventuais sinais e sintomas que pode apresentar. Relativamente à ferida cirúrgica, adapto os ensinamentos consoante as necessidades: ou o penso é realizado no centro de saúde e, nesse caso, eu destaco essa necessidade e entrego a carta de enfermagem, conjuntamente com a restante documentação, ou alerto-o para vigiar o aparecimento de sinais inflamatórios da cicatriz operatória. Se não for preciso realizar pensos o doente não leva a carta de enfermagem pois, na maior parte das vezes, sabe-se da alta no próprio dia, e não temos muito tempo para organizar tudo devidamente. Às vezes até são os doentes que nos dizem que vão ter alta “hoje”.*

## **Entrevista – enfermeiro 2**

---

*O acolhimento destes doentes é feito de modo igual aos restantes. Apresento o serviço, explico as rotinas do serviço, esclareço eventuais dúvidas, mostro onde fica a campainha, indico onde se localizam as instalações sanitárias. Como, geralmente, estes doentes são internados na véspera da cirurgia, procuro realizar ensinamentos sobre os procedimentos pré-operatórios, sobre o que o doente pode esperar quando acordar, como por exemplo, que drenagens podem existir. No momento da*

*admissão não realizo mais ensinamentos além dos que já referi pois, além de ter pouco tempo, não é isso que o doente espera ouvir.*

*Quando o doente é submetido a gastrectomia realiza o período de recobro, normalmente um a dois dias, numa Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios e só depois é que regressa ao seu serviço de origem. É a partir de então que inicio alguns ensinamentos nomeadamente sobre a dieta que o doente deve iniciar pois, assim que o doente retomar os sons intestinais, significa que já existe peristaltismo e, então, já poderá iniciar a ingestão oral mas, aqui no serviço, o doente reinicia a alimentação somente após indicação médica. Também procuro transmitir ao doente eventuais sinais e sintomas que podem ocorrer com o início da alimentação, como a síndrome de Dumping, ou alteração da eliminação intestinal.*

*O doente começa por ingerir água ou chá e, se tolerar, isto é, se não apresentar náuseas ou vômitos, pode ingerir, progressivamente, comida mais sólida. Quando o doente retoma a ingestão oral peço a colaboração da nutricionista para que seja feita uma adequação da dieta.*

*Relativamente ao dia da alta, na maior parte das vezes, só se sabe no próprio dia. No dia entrego ao doente a carta de informação clínica, com dois exemplares, sendo que um é para o próprio doente, e o outro é para entregar ao médico de família. Entrego também a receita médica e, caso haja necessidade de se realizar penso da ferida operatória, realizo a carta de enfermagem e entrego-a também. Explico que a carta é para ser entregue no Centro de Saúde para se fazer o respetivo penso. Não faço contacto telefónico com os colegas dos centros de saúde. O ideal era enviar sempre a nossa carta, mas isso nem sempre acontece...*

*Algumas das tarefas do enfermeiro são no computador (o Sistema de Classificação de Doentes, Registo de Terapêutica On-line, Avaliação do risco de queda e do risco de UPP), e a sobrecarga de trabalho acabam por limitar o tempo que temos disponível para fazer tudo certinho...*

### **Entrevista – enfermeiro 3**

---

*No acolhimento procuro saber, em primeiro lugar, qual o conhecimento que o doente tem sobre a sua patologia, e que conhecimento tem sobre as implicações da doença na sua vida. Por vezes, o doente é internado sem saber o seu verdadeiro diagnóstico, por outras vezes, apesar de saber o motivo pelo qual necessita de*

*realizar uma gastrectomia, procura não falar nesse motivo. Por vezes, não sabe o diagnóstico e não se mostra interessado em saber; noutras situações, o doente sabendo da sua doença não quer que ela seja revelada à sua família. Por isso, preciso de saber qual o conhecimento que o doente tem sobre a sua doença, e preciso de saber as suas decisões, porque é a partir de aí que eu estruturo os cuidados que prestarei a esta pessoa e sua família. No dia do acolhimento faço uma apresentação breve do serviço e mostro-me disponível para esclarecer qualquer dúvida que aquele doente possa vir a ter.*

*No caso da pessoa idosa submetida a gastrectomia, a família pode sentir dificuldade em aceitar-se como cuidadora. As alterações na alimentação são só algumas das adaptações necessárias. É na altura das visitas que os familiares vêm ter connosco para se informarem sobre o seu familiar mas, infelizmente, esse é o tempo que temos disponível para os registos e podemos acabar por não fazer bem nem uma coisa nem outra. Na maioria das vezes, a pessoa idosa e sua família querem estar informadas sobre os seus cuidados e serem envolvidas nos mesmos, mas falta-nos tempo para tudo.*

*Idealmente, a alta destes doentes deveria ser preparada desde o início do internamento mas, geralmente, essa preparação ocorre apenas após a cirurgia. Os aspetos que são necessários ensinar dependem de cada doente. Os mais frequentes são as restrições alimentares (se bem que é a nutricionista que os faz), a alimentação por sonda, quer se trate de sonda nasogástrica ou jejunostomia. Gostaria de conseguir realizar estes ensinamentos também à família. No caso de jejunostomia é mesmo necessário encontrar um momento para ensinar a família, apesar de ser difícil conseguir gerir todo o trabalho que temos para fazer.*

*Mas, de um modo geral, vou alertando a pessoa que quando for para casa terá de realizar as mesmas restrições e adequações alimentares que iniciou no serviço, e dou alguns exemplos, como por exemplo, ter de comer poucas porções durante o dia e várias vezes ao dia, mastigar bem os alimentos, independentemente daquilo que a nutricionista já transmitiu ao doente. Mas nem sempre se consegue uma validação de tudo o que foi explicado.*

*No dia da alta o doente não costuma apresentar grandes dúvidas. Aproveito para esclarecer o doente sobre a consulta médica, que já deverá estar marcada, pois é o*

*que mais o preocupa. Os documentos que entrego são, então, a carta de informação clínica e a carta de enfermagem, quando é preciso. Quando o doente sai do serviço, o doente leva o nosso contacto telefónico e, apesar de não termos ninguém a prestar apoio aos doentes que têm alta, procuramos encaminhá-lo ou esclarecê-lo consoante as questões apresentadas.*

*Ao longo do internamento ou no dia em que tem alta, procuro dar a conhecer os direitos e deveres do doente oncológico, que vão desde benefícios fiscais a benefícios na Segurança Social e benefícios relacionados com o Serviço Nacional de Saúde. Sempre que necessário, articulo com o Assistente Social para melhor esclarecer o doente e sua família neste sentido. A família fica mais tranquila quando sente que tem apoio. É uma experiência diferente que exige adaptação e acompanhamento.*

#### **Entrevista – enfermeiro 4**

---

*No acolhimento de qualquer doente preencho a folha de colheita de dados. Por norma, estes doentes não estão muito conscientes do que vêm fazer ou o motivo pelo qual estão internados, por isso, não me alongo muito. Tento perceber o que sabem, mas na maior parte das vezes eles mostram não saber.*

*Nesta fase, além da colheita de dados, explico os procedimentos pré-operatórios, como a dieta Ø, explico que, depois de operado, vai acordar com sondas e drenos pois, por norma, é um motivo pelo qual eles mais ficam assustados, no período pós-operatório. Explico que o procedimento habitual é que, quando se retira a sonda nasogástrica, se inicia a ingestão oral. Procura-se que seja uma dieta polifracionada e, por isso, pedimos a colaboração da dietista para tal. Quando é necessária uma adequação nutricional para o cliente pedimos, então, a colaboração da nutricionista. No entanto, o que nós chamamos de dieta polifracionada, não é tão polifracionado assim, pois é uma alimentação que já está protocolada e que não inclui preferências pessoais dos doentes.*

*Quando se trata de doentes seguidos em Consulta Externa, por norma, eles já têm acompanhamento psicólogo e por parte da dietista. Esse acompanhamento é continuado no internamento. Aí, envolvemos os profissionais relacionados.*

*Se são doentes que estão internados já há algum tempo no serviço, procuramos fazer um aporte proteico prévio à intervenção cirúrgica. Esse aporte proteico é feito, por via parentérica (por norma, pelo Cateter Venoso Central) e, se tolerar, por via entérica, quer através de alimentação oral, quer através de sonda nasojunal. Isso permite diminuir o risco de desnutrição no doente.*

*No dia da alta, procuro reforçar os ensinamentos realizados ao longo do internamento, nomeadamente, os cuidados com a ferida operatória, os cuidados com a alimentação (muitos doentes continuam a pensar que, como ficaram sem estômago, não precisam de comer, ou pelo menos, não precisam de comer tanto como anteriormente à cirurgia), a necessidade de se adaptar e fraccionar a alimentação.*

*Os doentes assustam-se muito com a fase em que retomam a ingestão oral, pelo que é importante alertar que, no início, após a gastrectomia, cada vez que comerem, vão ter necessidade de evacuar, as fezes não serão sólidas mas sim líquidas, mas irão ganhando cada vez mais consistência. É claro que isso depende do tipo de anastomose feita entre esófago e intestino, mas por norma, é assim que acontece.*

*Relativamente à preparação da alta destes doentes (e dos outros também) deveria existir um contacto telefónico com o enfermeiro do Centro de Saúde mas, na realidade, não existe. Só se se tratar de um doente dependente é que procedemos ao contacto telefónico e, nesses casos, é o assistente social que providencia que estejam assegurados alguns apoios no domicílio.*

*Quanto à carta de enfermagem, procedo à realização de três exemplares: um para o doente, outro para o enfermeiro do centro de saúde e o terceiro fica arquivada no processo.*

*Procuramos reforçar os ensinamentos à família, que por norma é a esposa ou filha – as gastrectomias são muito mais frequentes nos homens – e, o próprio doente pede para que nós expliquemos também à família os cuidados necessários a partir de então. A própria família também se mostra interessada – claro está que depende da funcionalidade de cada família mas, por norma, interessam-se e procuram saber o que pode comer afinal, o seu familiar.*

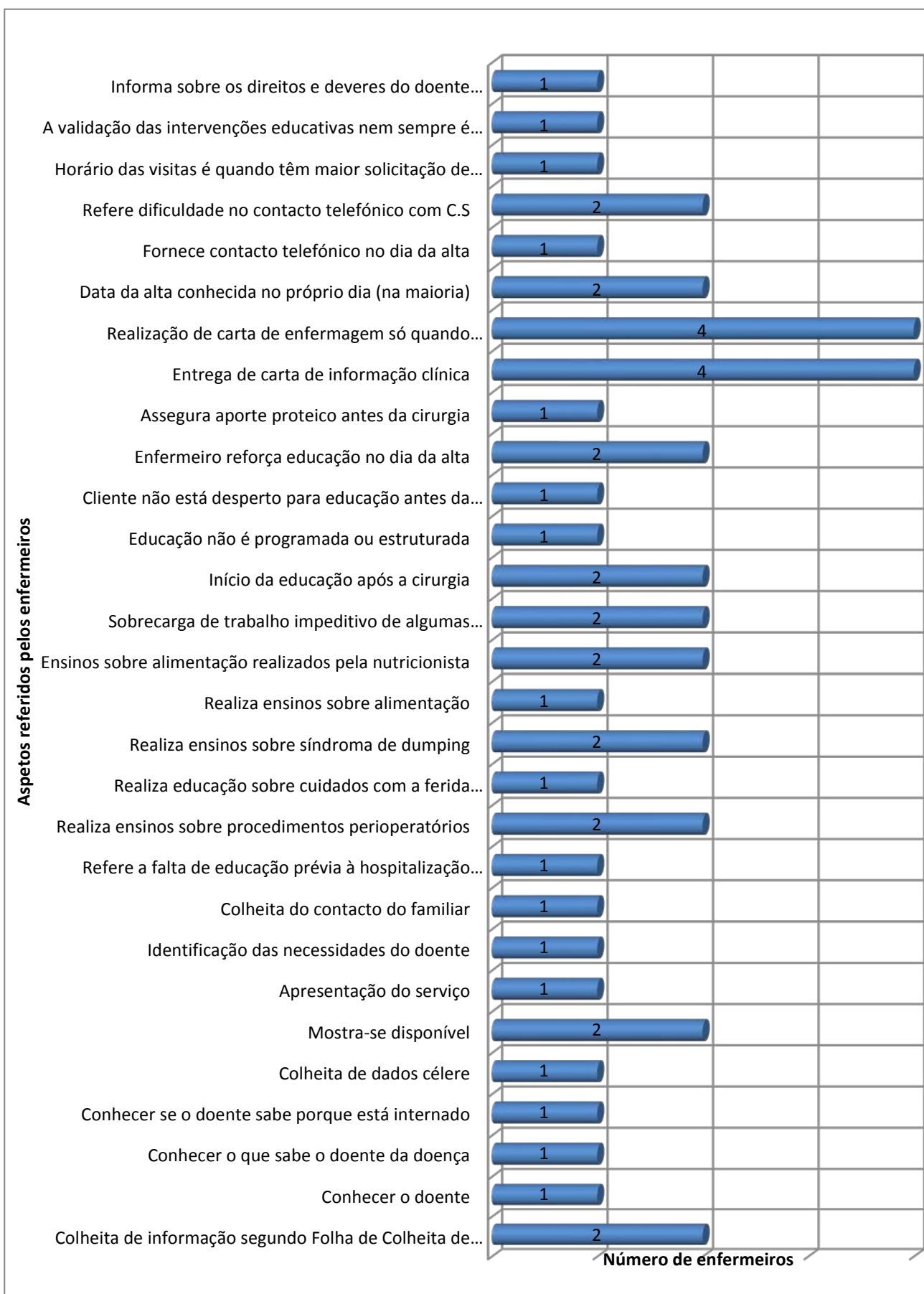
*Lembro-me de uma situação, em que a dieta de um doente gastrectomizado era a gástrica e, naquele dia vieram almôndegas para a refeição daquele doente. A família quase que não permitia que ele ingerisse aquela refeição, porque considerava que*

*ele não poderia alimentar-se daquele tipo de comida. Tivemos de explicar que o doente gastrectomizado pode comer de tudo, desde que tolere e desde que vão introduzindo os alimentos gradualmente.*

*Apesar de tudo e a meu ver, o ensino destes doentes e das suas famílias falha, não só porque, previamente ao internamento, não lhes é explicado devidamente todas as possíveis complicações, cuidados e adaptações necessário com a gastrectomia, quer pelo médico, quer pelo enfermeiro. Além disso, quando queremos iniciar os ensinamentos, já no internamento, eles não são concretizados de um modo estruturado e programado. Falta-nos algo. Talvez um guia ou uma orientação específica que pudesse estruturar os nossos ensinamentos para estes doentes e para validar que eles são assimilados.*

*No entanto, o facto de, por vezes, os doentes e/ou as suas famílias não saberem o diagnóstico pelo qual vão ser submetidos a uma gastrectomia, leva a que não exista uma sintonia entre enfermeiro-doente-família. O doente até pode saber, mas não quer que a sua família saiba, o doente pode saber, mas demonstra não saber e interpela-nos sempre a tentar saber algo mais, enfim, é difícil de gerir.*

## Análise das respostas



Das entrevistas realizadas verificou-se a existência de algumas práticas enraizadas nos enfermeiros: todos referiram entregar a carta de enfermagem somente quando há necessidade de realização de penso, e todos referiram proceder à entrega e explicação da carta de alta médica. Metade dos enfermeiros referiram iniciar as intervenções educativas após a cirurgia, enquanto a outra metade referiu realizar as intervenções educativas no dia da alta. 50% dos enfermeiros apresentaram dificuldade em contactar com o enfermeiro da comunidade, e manifestaram só conhecer a data da alta no próprio dia; seguem a folha de colheita de dados como guião para entrevista inicial ao cliente/família, mostram-se disponíveis na interação com o cliente/família, consideram a sobrecarga de trabalho impeditivo de algumas intervenções; as intervenções educativas que realizam são relativamente aos procedimentos peri-operatórios e sobre a síndrome de dumping.

Outros aspetos foram referidos apenas por um dos enfermeiros entrevistados: conhecer o doente; conhecer o que ele sabe sobre a sua doença; conhecer se sabe por que motivo está internado; colheita de dados realizada celeremente; a ausência de ensino pré-operatório não é benéfica; realizados ensinamentos sobre cuidados com a ferida operatória e alimentação; nem sempre se consegue a validação de ensinamentos; o horário das visitas é quando têm maior solicitação dos familiares; informa o doente sobre os direitos e deveres do doente oncológico.

Estes dados sugerem a necessidade de estruturar melhor a preparação do regresso a casa e o envolvimento do cliente como parceiro. Apesar de apresentar algumas actividades sugestivas de intenção de uma relação de parceria, elas não são sistemáticas ou organizadas.

## **Bibliografia**

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Streubert, H., Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem* (2ª edição). Loures: Lusociência.



## **APÊNDICE VI – Revisão Sistemática da Literatura**

De modo a aceder à evidência científica sobre a temática em estudo, procedeu-se a uma revisão sistemática da literatura.

Utilizou-se o motor de busca EBSCO host WEB, através do qual se acedeu às bases de dados CINAHL Plus with full Text, MEDLINE with full text, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive.

Como opção de pesquisa foi considerada a data de publicação compreendida entre Janeiro de 2006 e Maio de 2012. Os descritores utilizados foram: eld\* OR old\* OR ag\* **AND** return\* home OR discharg\* **AND** partnership OR empowerment.

Os critérios de inclusão foram: tratar-se de clientes com idade igual ou superior a 65 anos; serem estudos que abordem o planeamento da alta ou o regresso a casa do cliente idoso/família, ou a parceria enfermeiro-cliente. Os critérios de exclusão foram: os artigos referentes a clientes com idade inferior a 65 anos e tratar-se de estudos que não abordem nem o planeamento da alta, nem o regresso a casa, nem a parceria enfermeiro-cliente.

Considerando os operadores booleanos referidos e as opções de pesquisa acima mencionadas obtiveram-se noventa e cinco resultados, tendo sido selecionados 10 artigos. Na tabela 1 podem ser encontradas as opções de pesquisa utilizadas.

**Tabela 1 – Revisão Sistemática de Literatura**

Opções da revisão sistemática da literatura		
<b>Motor de busca</b>		EBSCO host web
<b>Bases de dados</b>		CINAHL Plus with full Text MEDLINE with full text Cochrane Central Register of Controlled Trials Cochrane Database of Systematic Reviews Cochrane Methodology Register Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive
<b>Opções de pesquisa</b>	<b>de</b>	Boleano/Frase

<b>Limite temporal</b>	2006-2012	
<b>Descritores</b>	• <i>eld*</i> <b>OR</b> <i>old*</i> <b>OR</b> <i>age*</i>	2445124
	• <i>return*</i> <i>home</i> <b>OR</b> <i>discharg*</i>	73484
	• <i>family</i> <b>OR</b> <i>caregiver</i>	312660
	• <i>nurs*</i>	408899
	• <i>partnership</i> <b>OR</b> <i>empowerment</i>	19950
	• <i>gastrect*</i>	6102
<b>Pesquisa</b>	<b>Descritores</b>	<b>Resultados</b>
	( <i>eld*</i> <b>OR</b> <i>old*</i> <b>OR</b> <i>age*</i> ) <b>AND</b> ( <i>return*</i> <i>home</i> <b>OR</b> <i>discharg*</i> )	44432
	( <i>eld*</i> <b>OR</b> <i>old*</i> <b>OR</b> <i>age*</i> ) <b>AND</b> ( <i>return*</i> <i>home</i> <b>OR</b> <i>discharg*</i> ) <b>AND</b> ( <i>nurs*</i> )	4654
	( <i>eld*</i> <b>OR</b> <i>old*</i> <b>OR</b> <i>ag*</i> ) <b>AND</b> ( <i>return*</i> <i>home</i> <b>OR</b> <i>discharg*</i> ) <b>AND</b> ( <i>partnership</i> <b>OR</b> <i>empowerment</i> )	95 (após leitura de resumo: <b>10</b> incluídos, 85 excluídos)
	( <i>eld*</i> <b>OR</b> <i>old*</i> <b>OR</b> <i>age*</i> ) <b>AND</b> ( <i>return*</i> <i>home</i> <b>OR</b> <i>discharg*</i> ) <b>AND</b> ( <i>nurs*</i> ) <b>AND</b> ( <i>partnership</i> <b>OR</b> <i>empowerment</i> )	36 (após leitura de resumo: <b>8</b> incluídos, <b>28</b> excluídos)
	( <i>eld*</i> <b>OR</b> <i>old*</i> <b>OR</b> <i>age*</i> ) <b>AND</b> ( <i>return*</i> <i>home</i> <b>OR</b> <i>discharg*</i> ) <b>AND</b> ( <i>famil*</i> <b>OR</b> <i>caregiver</i> ) <b>AND</b> ( <i>partnership</i> <b>OR</b> <i>empowerment</i> )	19 (após leitura de resumo: <b>3</b> incluídos, <b>16</b> excluídos)
	( <i>eld*</i> <b>OR</b> <i>old*</i> <b>OR</b> <i>age*</i> ) <b>AND</b> ( <i>return*</i> <i>home</i> <b>OR</b> <i>discharg*</i> ) <b>AND</b> ( <i>nurs*</i> ) <b>AND</b> ( <i>gastrect*</i> )	4 (após leitura de resumo: <b>1</b> incluídos, <b>3</b> excluídos)

(eld* OR old* OR age*) AND 0
(return* home OR discharg*) AND
(nurs*) AND (partnership OR
empowerment) AND (gastrect*)
(eld* OR old* OR age*) AND 0
(return* home OR discharg*) AND
(family OR caregiver) AND (nurs*)
AND (partnership OR empowerment)
AND (gastrect*) AND (nutrition OR
malnutrition OR nutrition's change)

Foi criado um instrumento para análise dos artigos selecionados – Grelha de análise dos artigos –, disponível na tabela 2.

**Tabela 2 – Grelha de análise dos artigos**

<b>Título do artigo</b>	
<b>Autor, ano, publicação</b>	
<b>Objectivos do estudo</b>	
<b>Participantes</b>	
<b>Método de colheita de dados</b>	
<b>Nível de Evidência</b>	
<b>Resultados</b>	

Após análise dos artigos, elaborou-se um breve resumo dos principais conteúdos (Tabela 3).

**Tabela 3 – Resumo dos artigos seleccionados na revisão sistemática da literatura.**

Autor	Principais conteúdos
<b>Laugaland, Aase e Barach (2012)</b>	<p>Realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar e avaliar os efeitos das intervenções que melhoram a transição dos cuidados do idoso.</p> <p>Concluíram que os idosos que têm alta do hospital para a comunidade beneficiariam de intervenções orientadas para a sua transferência entre estes dois locais. Essas intervenções acarretam outros benefícios, como a redução das taxas de readmissão, redução dos efeitos adversos da medicação, diminuição da utilização dos serviços de saúde, aumento da satisfação do cliente e diminuição dos custos. Além disso, destacam que os conhecimentos que os enfermeiros e restantes profissionais detêm sobre a transição de cuidados devem ser melhorados e reforçados, para que se inicie precocemente a educação do cliente.</p>
<b>Russel, Rosati, Sobolewski, Marren e Rosenfeld (2011)</b>	<p>Desenvolveram um estudo observacional retrospectivo, em 223 clientes e apontam que a prestação de cuidados transicionais, enquadrados num programa transicional, entre hospital e uma equipa de cuidados domiciliários, diminuem a probabilidade de readmissão hospitalar.</p> <p>Destacam como objetivos do programa transicional: identificar e avaliar os cuidadores e determinar as suas necessidades de educação e suporte; integrar os cuidadores na equipa de saúde e envolvê-los no plano de cuidados; construir pontos de comunicação entre clientes, prestadores de cuidados e cuidadores; fechar o círculo com todos os intervenientes.</p>

<b>Wong, Ho, Yeung, Tam e Chow (2011)</b>	<p>Levaram a cabo um estudo exploratório, que abrangeu 686 clientes aleatórios, com mais de 60 anos, com o objetivo de analisar os resultados de um programa de parceria de saúde-social no período pós-alta dos clientes com patologia do foro médico.</p> <p>Comprovaram que o programa desenvolvido pode reduzir a taxa de readmissão hospitalar e pode melhorar significativamente a qualidade de vida, a auto-eficácia e a satisfação com os cuidados; o programa possibilitou que os profissionais antecipassem e respondessem às necessidades dos clientes após a alta, no regresso a casa.</p>
<b>Clarke, Sohanpal, Wilson e Taylor, (2012)</b>	<p>Realizaram um estudo exploratório que incidiu em 23 idosos hospitalizados com exacerbação de DPOC com o objetivo de explorar os pontos de vista desses clientes sobre a alta precoce.</p> <p>Concluíram que um modelo de alta precoce com os cuidados domiciliários é um modelo que deveria promover uma igualdade na parceria entre o cliente e os profissionais de saúde, apesar de isso ainda não se verificar na prática: os clientes sentiram que a sua alta era mais precoce que aquilo que deveria ser, não eram capazes ou estavam relutantes em negociar o dia da alta, sentiram dificuldades no transporte para casa e no fornecimento de medicação e nem todos os clientes reconheceram como vantajosa a visita domiciliária.</p>
<b>Merriman (2008)</b>	<p>Apresenta um plano alternativo de preparação para a alta da pessoa idosa/família que implica educação ao cliente previamente à admissão e seu seguimento após a alta; nesse plano, a tomada de decisão dos profissionais deve ser centrada no idoso e família e no planeamento da alta, sendo empoderador para estes.</p>
<b>Moore (2007)</b>	<p>Descreve uma nova abordagem na transição dos serviços de</p>

	saúde, sociais e outros serviços, que denominam de “cuidado intermédio”, baseado no acompanhamento de idosos após a alta hospitalar.
<b>Johansson, Katajisto e Salanterä (2010)</b>	Desenvolveram um estudo com o objetivo de comparar o conhecimento de doentes (com artrite reumatóide propostos para artroplastia da anca) sobre os seus cuidados. Concluíram que quer a abordagem telefónica, quer a abordagem com material educacional escrito podem ajudar a aumentar e a consolidar o conhecimento do cliente sobre os cuidados.
<b>Sennour, Counsell, Jones e Weiner, (2009)</b>	Questionaram 28 profissionais que referenciavam os seus clientes idosos para a consulta geriátrica proativa, e consideraram que essa consulta representa um modelo promissor de colaboração entre a equipa de saúde hospitalar e geriátrica para a melhoria dos cuidados prestados aos clientes idosos hospitalizados e prevenção do declínio funcional. A referida consulta acarretou diminuição do tempo de internamento e diminuição de custos hospitalares.
<b>Huby, Brook, Thompson e Tierney (2007)</b>	<p>Procederam a um estudo observacional, durante 5 meses, que envolveu 22 idosos selecionados e vários elementos da equipa de saúde.</p> <p>O objetivo era compreender como é que os clientes idosos e os profissionais de saúde entendem, experimentam e determinam a participação dos clientes no planeamento de alta, e como a experiência e o comportamento são moldados pelo modo como a alta foi organizada.</p> <p>Os autores referem que a rotina nos cuidados, centrada na avaliação e nas decisões consequentes dessa avaliação, tendem a excluir a equipa e os clientes de uma tomada de decisão ativa. A investigação e a prática sobre o envolvimento dos clientes na decisão da alta necessitam de se focar num contexto organizacional, que molda as intervenções entre os</p>

	clientes, os cuidadores voluntários e a equipa, e a dinâmica pela qual algumas opiniões são privilegiadas e outras excluídas.
<b>Parrish, O'Malley, Adams, Adams e Coleman (2009)</b>	Desenvolveram um programa de cuidados transicionais com o objetivo de identificar fatores sustentadores dessa intervenção. O programa foi implementado em 10 hospitais da Califórnia e organizações na comunidade, durante 12 meses. Concluíram que, para melhorar a transição entre os serviços de saúde é necessário abordar aspetos como: uma forte liderança nos cuidados transicionais (a presença de um elemento líder ou de suporte do programa nas instituições é determinante para a adesão ao projeto); a articulação entre hospital e comunidade; as necessidades específicas na comunidade; a gestão e adaptação do regime medicamentoso.

Na seguinte tabela (tabela 4) encontra-se uma apresentação das principais conclusões obtidas após análise dos artigos seleccionados.

**Tabela 4 – Dados extraídos da revisão sistemática da literatura.**

Dados extraídos da revisão sistemática da literatura	Autores
Os idosos beneficiam com intervenções, enquadradas em planos de alta ou programas de transição direccionadas, para a sua transição do hospital para o domicílio	Moore, 2007; Merriman, 2008; Russel, Rosati, Sobolewski, Marren e Rosenfeld, 2011; Wong, Ho, Yeung, Tam e Chow, 2011; Clarke, Sohanpal, Wilson e Taylor, 2012; Laugaland, Aase e Barach, 2012
Para melhorar a transição entre os serviços de saúde é necessário abordar aspetos como: uma forte liderança nos cuidados transicionais (a presença de um elemento líder ou de suporte do programa nas instituições é	Parrish, O'Malley, Adams, Adams e Coleman (2009)



determinante para a adesão ao projeto); a articulação entre hospital e comunidade; as necessidades específicas na comunidade; a gestão e adaptação do regime medicamentoso.	
<p>Essas intervenções apresentam diversas vantagens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuem a probabilidade de readmissão hospitalar</li> </ul>	Wong, Ho, Yeung, Tam e Chow, 2011; Russel, Rosati, Sobolewski, Marren e Rosenfeld, 2011; Laugaland, Aase e Barach, 2012
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitam a transição do idoso entre os contextos</li> </ul>	Moore, 2007; Laugaland, Aase e Barach, 2012
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podem melhorar significativamente a qualidade de vida, a auto-eficácia e a satisfação com os cuidados e permite aos profissionais antecipar necessidades dos clientes após a alta, no regresso a casa</li> </ul>	Wong, Ho, Yeung, Tam e Chow, 2011
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitem identificar e avaliar os cuidadores e determinar as suas necessidades de educação e suporte, integrar os cuidadores na equipa de saúde e envolvê-los no plano de cuidados, construir pontos de comunicação entre clientes, prestadores de cuidados e cuidadores</li> </ul>	Russel, Rosati, Sobolewski, Marren e Rosenfeld, 2011
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduzem os efeitos adversos da medicação, diminuem a utilização dos serviços de saúde, aumentam a satisfação do cliente e diminuem os custos</li> </ul>	Laugaland, Aase e Barach, 2012
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicam um acompanhamento do idoso após a alta</li> </ul>	Moore, 2007; Merriman, 2008

O modelo de alta deve promover uma parceria entre o cliente e profissionais de saúde	Clarke, Sohanpal, Wilson e Taylor, 2012
O plano de preparação para a alta deve contemplar a educação ao cliente prévia à sua admissão	Merriman, 2008
A abordagem telefónica aumenta a possibilidade de os clientes estarem melhor informados sobre o seu estado de saúde	Johansson, Katajisto e Salanterä, 2010;
Uma abordagem com material educacional escrito pode ajudar a aumentar e a consolidar o conhecimento do cliente sobre os seus cuidados.	Johansson, Katajisto e Salanterä, 2010
A tomada de decisão dos profissionais deve ser centrada no cliente e família e no planeamento da alta, pois aumenta o <i>empowerment</i> nos clientes idosos	Merriman, 2008
Os conhecimentos que os enfermeiros e restantes profissionais detêm sobre a transição de cuidados devem ser melhorados e reforçados, para que se inicie precocemente a educação do cliente	Laugaland, Aase e Barach, 2012
A consulta proactiva de geriatria é uma sugestão para a melhoria do cuidado aos clientes idosos hospitalizados e para prevenção do seu declínio funcional, além de que implica, também, diminuição do tempo de internamento e diminuição de custos hospitalares	Sennour, Counsell, Jones e Weiner, 2009
A rotina nos cuidados tende a excluir a equipa e os clientes de uma tomada de decisão activa	Huby, Brook, Thompson e Tierney (2007)
O envolvimento dos clientes na decisão da alta deve atender ao contexto organizacional, que molda as intervenções entre os clientes, os cuidadores voluntários e a equipa, e a dinâmica pela qual algumas opiniões são privilegiadas e outras excluídas	Huby, Brook, Thompson e Tierney (2007)

## BIBLIOGRAFIA

Clarke, A., Sohanpal, R., Wilson, G., Taylor, S. (2010, Fevereiro). Patients' perceptions of early supported discharge for chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study. *Quality Safety Health Care*. 19 (2) 95-98. doi: 10.1136/qshc.2007.025668.

Huby, G., Brook, J., Thompson, A., Tierney, A. (2007, Janeiro). Capturing the concealed: Interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *Journal of Interprofessional Care*. 21 (1) 55-67. doi: 10.1080/13561820601035020.

Johansson, K., Katajisto, J., Salanterä, S. (2010, Novembro). Pre-admission education in surgical rheumatology: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 19 (), 2980-2988. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03347.x.

Laugaland, K., Aase, K., Barach, P. (2012, Janeiro). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Reading Mass*. 41 (1) 2915-2924. doi: 10.3233/WOR-2012-0544-2915.

Merriman, M. (2008, Janeiro/Março). Pre-Hospital Discharge Planning. Empowering Elderly Patients Through Choice. *Critical Care Nursing Quarterly*. 31 (1) 52-58. doi: 10.1097/01.CNQ.0000306397.25024.d6.

Moore, J., West, R., Kenn, J., Godfrey, M., Townsend, J. (2007, Março). Networks and governance: the case of intermediate care. *Health and Social Care in the Community*. 15 (2) 155-164. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00670.x.

Parrish, M., O'Malley, K., Adams, R., Adams, S., Coleman, E. (2009). Implementation of the Care Transitions Intervention. *Professional Case Management*. 14 (6), 282-293.

Russel, D., Rosati, R., Sobolewski, S., Marren, J., Rosenfeld, P. (2011, Novembro/Dezembro) – Implementing a Transitional Care Program for High-Risk Heart Failure Patients: Findings from a Community-Based Partnership Between a Certified Home HealthCare Agency and Regional Hospital. *Journal for Healthcare Quality*. 33 (6) 17-24. doi: 10.1111/j.1945-1474.2011.00167.x.

Sennour, Y., Counsell, S., Jones, J., Weiner, M. (2009, Novembro). Development and Implementation of a Proactive Geriatrics Consultation Model in Collaborations with Hospitalists. *The American Geriatrics Society*. 57 (11) 2139-2145. doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02496.x.

Wong, F., Ho, M., Yeung, S., Tam, S., Chow, S. (2011, Julho). Effects of a Health-social partnership transitional program on hospital readmission: a randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*. 73, 960-969. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.06.036.

## **APÊNDICE VIII – Relatório da sessão de formação**

**Relatório da Sessão de Formação “A preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família – a parceria como intervenção de enfermagem”, dias 6 e 7/11/2012, das 14h30 às 16h**

*Estágio no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Pessoa Idosa*

Os objetivos da sessão foram:

1. Apresentar e contextualizar o projeto;
2. Apresentar os resultados obtidos através da análise dos registos de enfermagem e entrevistas aos enfermeiros, no âmbito da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia e sua família;
3. Refletir em conjunto sobre o que a equipa já faz bem na fase do revelar-se e envolver-se e o que ainda não faz relativamente ao que precisa de conhecer da pessoa idosa e família para a preparação do regresso a casa;
4. Apresentar estratégias e instrumentos facilitadores da avaliação nutricional da pessoa idosa: Mini Nutritional Assessment;
5. Refletir sobre o papel do enfermeiro na preparação do regresso a casa do doente gastrectomizado.

Um total de 64,7% (20 dos 34) elementos da equipa de enfermagem esteve presente.

No fim da sessão e após um trabalho conjunto de reflexão e formação junto da equipa de enfermagem, esta reconheceu a importância da preparação do regresso a casa, assumiu o compromisso de registar informação mais individualizada, pertinente para a transição dos cuidados do hospital de casa, incidindo a colheita de dados nos indicadores da parceria para melhor conhecer a pessoa idosa e acordou-se realizar a avaliação nutricional da pessoa idosa, no primeiro dia de internamento, finalizando-se o internamento com uma última pesagem, para comparação de dados.

Aos enfermeiros que não puderam estar presentes nestes dois dias de formação do projeto, procedi a apresentações informais, que foram acontecendo a seguir à passagem de ocorrências, de forma a envolver toda a equipa no projeto. Também incluí os diapositivos da formação e o relatório da formação no dossier de estágio.

Destacou-se a importância de uma colheita de informação completa e seu registo por permitir colher informação individualizada da pessoa idosa, pertinente para a transição dos cuidados do hospital para casa. Essa informação refere-se à identidade da pessoa idosa, contexto de vida/doença, problemas decorrentes do envelhecimento, hábitos/atividades e acordou-se ser colhida e registada na folha de colheita de dados por permitir a identificação de necessidades e continuidade de cuidados. Acordou-se a fixação dos indicadores de avaliação no quadro das salas de enfermagem (serviço homens e mulheres), bem como o documento orientador para a sistematização da informação acerca do estado nutricional da pessoa idosa.

Como estratégia para implementação da escala de avaliação nutricional sugeriu-se: introduzir a escala de avaliação nutricional nos processos clínicos pela administrativa, juntamente com as folhas de registo de enfermagem; registar no quadro da sala de enfermagem a sigla MNA como mnemónica para realizar a avaliação nutricional. Para avaliação do perímetro braquial e da perna estão disponíveis fitas métricas nas balanças dos serviços. A implementação da referida escala acaba por ser simples e de fácil execução na medida em que será para aplicar a doentes idosos propostos para gastrectomia.

Apesar de ter intenção de criar um folheto direccionado para os cuidados após a gastrectomia, a equipa de enfermagem sugeriu essa atividade, pelo que me mostrei disponível para colaborar com a equipa nesse sentido. As duas enfermeiras que já tinham apresentado uma comunicação oral sobre o tema disponibilizaram-se e combinou-se com os restantes elementos que, após a construção do folheto, este seria afixado num período de duas semanas para que os enfermeiros realizassem sugestões e/ou alterações. Os enfermeiros mostraram-se colaborantes.

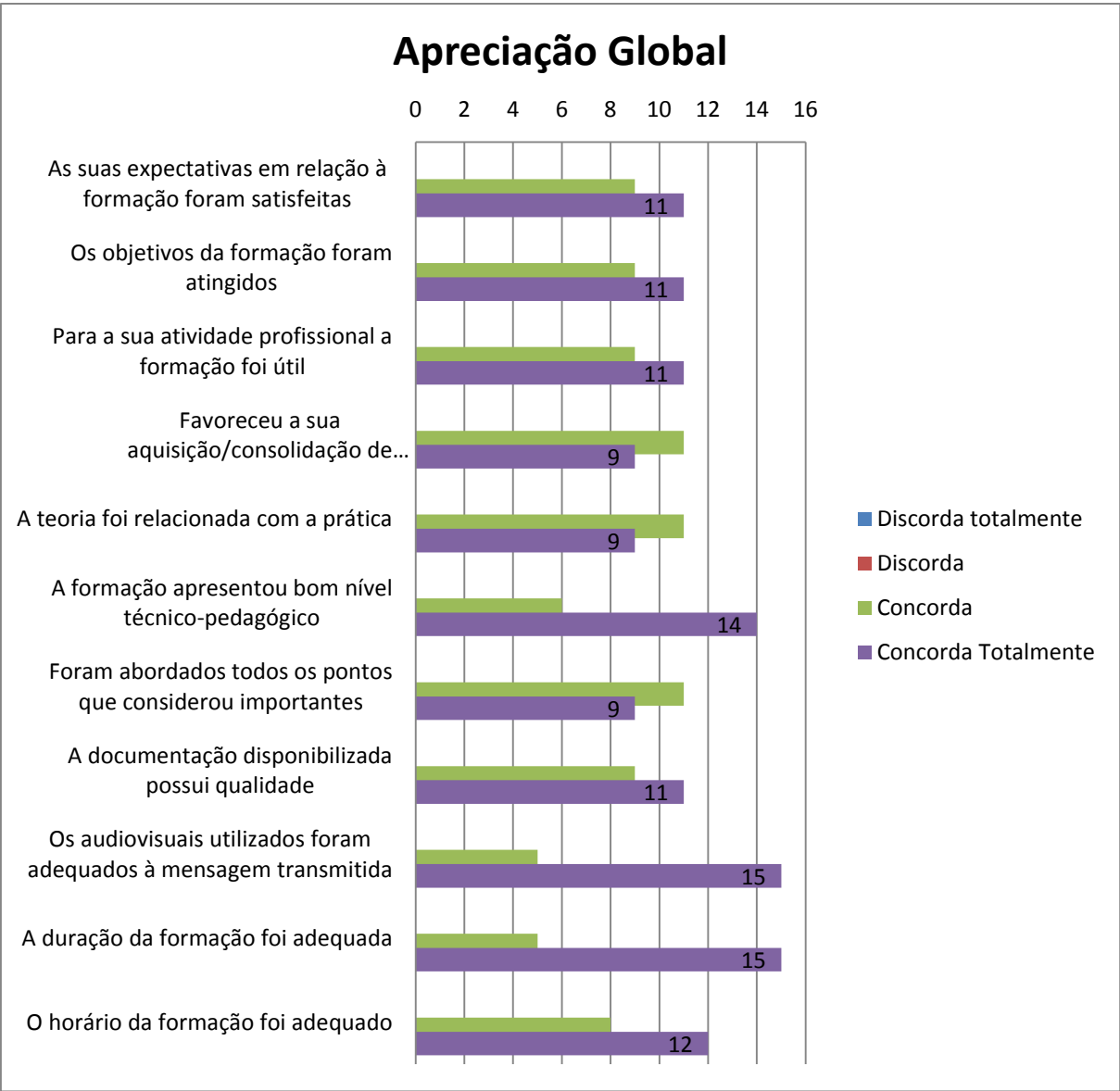
Transmitiu-se à equipa a elaboração do dossier de estágio e seu conteúdo:

- ☞ Slides da formação realizada;
- ☞ Escala de avaliação nutricional;
- ☞ Aspectos a educar à pessoa idosa submetida a gastrectomia e família;
- ☞ Artigos relacionados com a temática.

O Modelo de Parceria, utilizado para a consecução deste trabalho não era conhecido pela equipa. Inicialmente os enfermeiros estavam renitentes à sua

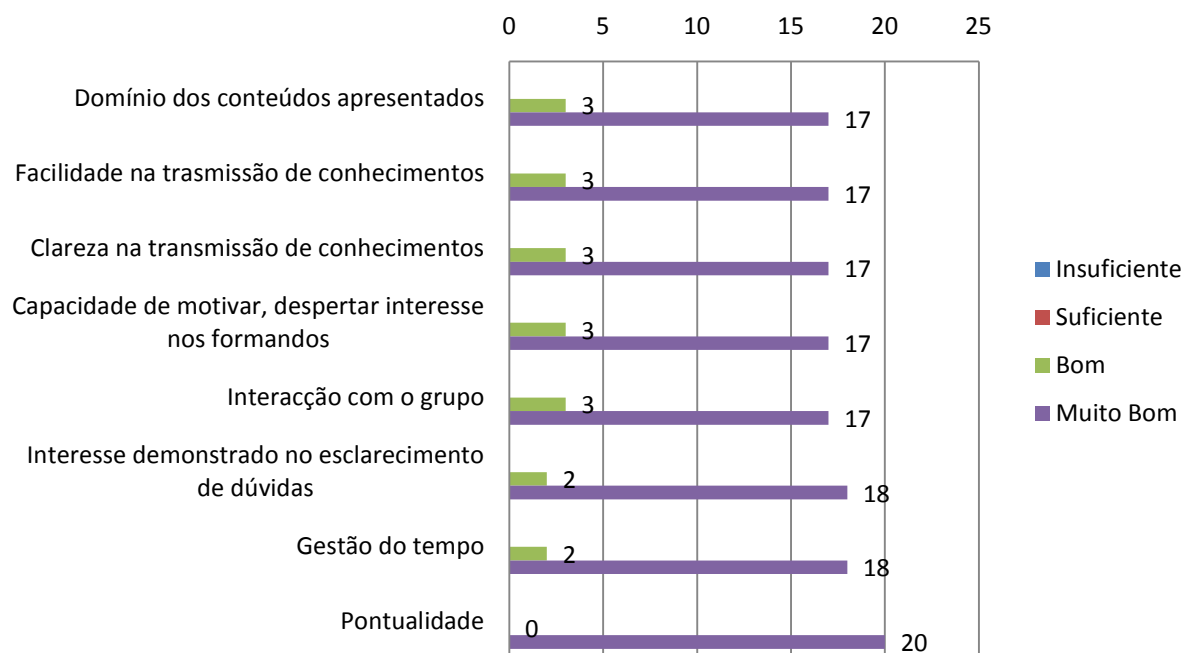
utilização mas, após a formação e discussão conjunta, aperceberam-se de que o modelo simplesmente traduzia aquilo que eles já executavam na prática, mas sem estarem conscientes disso.

**Avaliação da sessão de formação**





## Classificação do formador e metodologia



**APÊNDICE IX – Documento orientador para a sistematização da informação  
acerca da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a  
gastrectomia**

## **Documento orientador para a sistematização da informação acerca da preparação do regresso a casa da pessoa idosa submetida a gastrectomia**

No contexto do Projeto de estágio delineado, apresentam-se algumas considerações importantes para a sistematização da informação:

- ✍ A população-alvo deste projeto situa-se na *pessoa idosa* (com mais de 65 anos), proposta para gastrectomia;
- ✍ Para conhecer a pessoa, identificar necessidades individuais e desenvolver estratégias para melhorar o estado nutricional é essencial o preenchimento da **folha de colheita de dados de enfermagem**, que deve contemplar alguns dados:
  - Identidade da pessoa idosa (Nome, nome preferido, idade, nacionalidade, raça, religião, estado civil, profissão/ocupação);
  - Contexto de vida/doença (com quem habita, condições habitacionais, pessoa a contactar e contato, situação económica, ocupação de tempos livres, rede de apoio – apoio domiciliário/centro de saúde –, diagnóstico de admissão, antecedentes pessoais e cirúrgicos, alergias, medicação habitual no domicílio, hábitos e estilos de vida, sinais de desnutrição, avaliação nutricional);
  - Problemas decorrentes do envelhecimento (*alteração da alimentação*: mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, prótese dentária; alteração da eliminação; alteração do padrão do sono; alteração da mobilidade; alteração do estado sensorial: paladar, cheiro, visão);
  - Hábitos/atividades (avaliação do nível de dependência nas atividades de vida diária; *alimentação*: número de refeições, preferências e restrições alimentares, com quem faz as refeições, local onde faz as refeições; quem providencia a compra dos alimentos, quem confeciona os alimentos).
- ✍ Os indicadores de avaliação serão afixados nas salas de enfermagem;
- ✍ Para uma adequada continuidade de cuidados, os registos diários devem incluir:
  - Grau de dependência nas Atividades de vida diárias;

- Quantidade de alimentos ingeridos;
  - Alteração do tipo de dieta;
  - Contacto com outros profissionais (dietista, nutricionista...);
  - Inclusão da família nos cuidados;
  - Intervenções educativas realizadas (o que foi educado e a quem);
  - Avaliação do estado nutricional (aplicação da MNA e o score encontrado).
- ✍ Na avaliação nutricional deve ser aplicado o Mini Nutritional Assessment (MNA);
- ✍ Este instrumento encontra-se disponível no dossier de estágio e em cada processo clínico, na seção de enfermagem.

**APÊNDICE X – Plano de Educação à pessoa idosa submetida a gastrectomia e  
sua família**

## Plano de educação da pessoa idosa submetida a gastrectomia e família

O plano de educação à pessoa idosa/família contempla dois momentos essenciais de educação: o momento pré-operatório, em que se procedeu ao cumprimento da fase conhecer e envolver-se do modelo de parceria, e o período pós-operatório, que respeitou as restantes fases do referido modelo.

Momento de educação	Atividades	Fase do Modelo de Parceria
1ª fase (desde o início do internamento até à intervenção cirúrgica)	Enfermeiro mostra-se disponível para a pessoa idosa, tem tempo e procura o envolvimento	<i>Conhecer e Envolver-se</i>
	Integra a pessoa idosa/família no serviço	
	Procura conhecer a pessoa idosa (identidade, contexto de vida e de doença, hábitos/atividades, problemas decorrentes do envelhecimento e sua situação de saúde	
	Identifica necessidades e potencialidades da pessoa idosa	
	Compreende como a doença influencia a trajetória de vida	
	Realiza intervenção educativa sobre procedimentos peri-operatórios	
	Realiza avaliação nutricional	
2ª fase (desde o regresso da cirurgia até ao dia da alta)	Construção de ação conjunta com a pessoa idosa/família para o desenvolvimento de competências no cuidado de Si	<i>Capacitar e possibilitar, comprometer-se, assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do</i>
	Intervenção educativa sobre sintomatologia pós-gastrectomia, cuidados com a alimentação, regime medicamentoso, cuidados com cicatriz operatória e recursos da comunidade	
	Possibilita um processo informado, refletido e negociado nas intervenções realizadas com a pessoa idosa/família	

**APÊNDICE XI – Material escrito de apoio à educação da pessoa idosa  
submetida a gastrectomia e sua família**

Após as refeições, poderá sentir...

- ☞ Náuseas, enjoos, vômitos;
- ☞ Cólicas ou diarreia;
- ☞ Enfartamento;
- ☞ Tremores ou transpiração.

Estes sintomas estão associados à remoção do seu estômago

Para melhorar, repouse após as refeições!

**Mas, se forem frequentes, procure o seu médico ou enfermeiro.**

Outras recomendações:

Se tiver penso:

- Verifique se está limpo e seco. O penso deverá ser realizado segundo indicação médica; caso esteja repassado, dirija-se ao Centro de Saúde para a sua realização.

Se tiver a cicatriz exposta:

- Mantenha-a limpa e hidratada; aplique creme hidratante diariamente; vigie sinais inflamatórios (rubor, calor, edema e dor); evite o sol direto.

☞ Dirija-se ao seu médico de família / cirurgião / enfermeiro se tiver dúvidas;

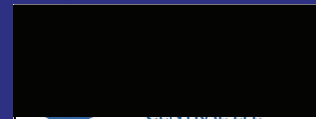
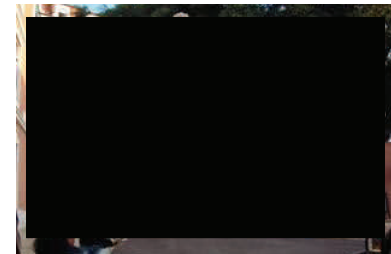
☞ Compareça à consulta médica de rotina agendada.

Elaborado por: Enf.<sup>a</sup> Lúcia Jerónimo, no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, Pessoa Idosa, com a colaboração da equipa de enfermagem do serviço de Cirurgia

Contactos: XXXXXXXXX

Data: Dezembro/2012

# O regresso a casa após a gastrectomia

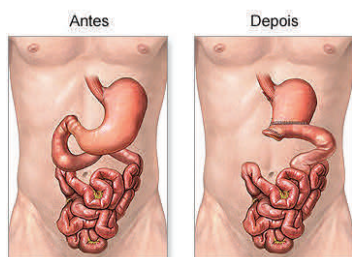


Serviço de Cirurgia

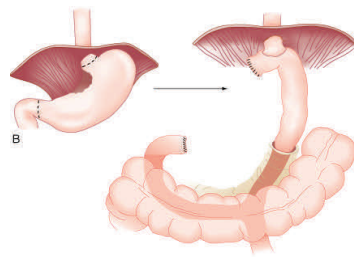


## A GASTRECTOMIA...

Corresponde à remoção de parte ou da totalidade do estômago.



Gastrectomia parcial



Gastrectomia total

Como se trata de uma cirurgia relacionada com o aparelho digestivo, são necessárias alguns cuidados com a alimentação.

## Cuidados com a alimentação:

- ✓ Realize refeições frequentes e em menores quantidades;
- ✓ Mantenha as fibras na sua alimentação (legumes, frutos secos, cereais).
- ✓ Alimente-se numa posição confortável;
- ✓ Permaneça sentado após as refeições;
- ✓ Mastigue bem os alimentos;
- ✓ Beba líquidos entre as refeições, e pouca quantidade de cada vez;
- ✗ Evite líquidos às refeições;
- ✗ Evite alimentos flatulentos (feijão, bebidas com gás) e gorduras;
- ✗ Evite comidas condimentadas e bebidas alcoólicas.



**APÊNDICE XII – Instrumentos mobilizados na avaliação multidimensional da  
pessoa idosa**

## **Avaliação multidimensional da pessoa idosa**

A avaliação multidimensional da pessoa idosa contemplou a avaliação de diversas dimensões, nomeadamente:

- Atividade básica de vida diária, através do *Índice de Katz*;
- Atividades instrumentais da vida diárias, através do *Índice de Brody e Lawton*;
- Estado nutricional, através da *MiniNutritional Assessment*;
- Risco de queda, mobilizando a *Escala de Morse*;
- Risco de desenvolvimento de úlcera de pressão, recorrendo à *Escala de Braden*;
- Depressão geriátrica, utilizando a *Escala de Depressão Geriátrica abreviada*;
- Estado mental, através do *MiniExame do estado mental*;
- Risco social, utilizando a *Escala de Gijon*.

As escalas foram mobilizadas para avaliação individualizada conforme necessidade identificada.

Segue-se uma breve apresentação de cada uma dessas escalas.

## Índice de Katz

---

O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária foi elaborado por Katz e seus colaboradores (1963) para avaliar a capacidade funcional de idosos com doença crónica. É um instrumento amplamente utilizado, sendo simples de usar. É abrangente e requer poucos recursos. É constituído por seis atividades da vida diária: banho, vestir-se; ir à casa de banho, mobilidade, controlo dos esfíncteres e alimentação (Sequeira, 2010). Em cada item podemos avaliar se a pessoa idosa é independente, necessita de supervisão, necessita de ajuda ou dependente (Sequeira, 2010). Cada uma destas dimensões é operacionalizada em quatro graus sendo que cada pontuação representa: 4 – **independente**; 3 – **independente com supervisão**; 2 – **independente com ajuda**; 1 – **totalmente dependente**.

O Índice de Katz é mais propício a um ambiente de internamento de longo prazo ou para clientes com doenças mais graves (Sequeira, 2010). No entanto optou-se pela escolha deste instrumento, por ser aquele que está em vigor na instituição

Foi utilizada a versão portuguesa de Sequeira (2007), após autorização pelo autor.

ÍNDICE DE KATZ				
Ítems	Independente	Independente com supervisão	Independente com ajuda	Dependente
Controlo de esfíncteres	4	3	2	1
Banho	4	3	2	1
Utilização da casa de banho	4	3	2	1
Mobilidade	4	3	2	1
Vestir/despir	4	3	2	1
Alimentação	4	3	2	1
<i>Pontuação total</i>				

## Índice de Lawton

---

O índice de Lawton, desenvolvido por Lawton e Brody em 1969, é um instrumento que pretende avaliar o nível de independência da pessoa idosa para a realização das suas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), de modo a planear intervenções junto dos mesmos (Sequeira 2007, 2010; Apóstolo, 2011). Compreende a avaliação de oito atividades: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão de dinheiro e de medicação.

A versão apresentada será de acordo com Sequeira (2007) e em cada item existem 3, 4 ou cinco níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, sendo a maior pontuação correspondente a um maior grau de dependência.

Este índice varia entre 8 e 30 pontos. Coloca-se simultaneamente a pontuação total e o respetivo grau de dependência de acordo com a cotação:

- 8 pontos – **independente**;
- 9 a 20 pontos – **moderadamente dependente** (necessita de uma certa ajuda);
- > 20 pontos – **severamente dependente** (necessita de muita ajuda).

<b>ÍNDICE DE LAWTON</b>		
<b>Item</b>	<b>AIVD</b>	<b>Cotação</b>
<b>Cuidar da casa</b>	Cuida da casa sem ajuda	<b>1</b>
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	<b>2</b>
	Só faz tarefas leves	<b>3</b>
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	<b>4</b>
	Incapaz de fazer alguma tarefa	<b>5</b>
<b>Lavar a roupa</b>	Lava a sua roupa	<b>1</b>
	Só lava pequenas peças	<b>2</b>
	É incapaz de lavar a sua roupa	<b>3</b>
<b>Preparar a comida</b>	Planeia, prepara e serve sem ajuda	<b>1</b>
	Prepara se lhe derem os ingredientes	<b>2</b>
	Prepara pratos pré-cozinhados	<b>3</b>
	Incapaz de preparar as refeições	<b>4</b>
<b>Ir às compras</b>	Faz as compras sem ajuda	<b>1</b>
	Só faz pequenas compras	<b>2</b>
	Faz as compras acompanhado	<b>3</b>
	É incapaz de ir às compras	<b>4</b>
<b>Uso do telefone</b>	Usa-o sem dificuldade	<b>1</b>
	Só liga para lugares familiares	<b>2</b>
	Necessita de ajuda para o usar	<b>3</b>
	Incapaz de usar o telefone	<b>4</b>
<b>Uso de transporte</b>	Viaja em transporte público ou conduz	<b>1</b>
	Só anda de táxi	<b>2</b>
	Necessita de acompanhamento	<b>3</b>
	Incapaz de usar o transporte	<b>4</b>
<b>Uso do dinheiro</b>	Paga as contas, vai ao banco, etc.	<b>1</b>
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	<b>2</b>
	Incapaz de utilizar o dinheiro	<b>3</b>
<b>Responsável pelos medicamentos</b>	Responsável pela sua medicação	<b>1</b>
	Necessita que lhe preparem a medicação	<b>2</b>
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	<b>3</b>
<b>Pontuação total</b>		

## MiniNutritional Assessment – MNA®

---

O Instrumento indicado para a avaliação nutricional no cliente idoso é o MNA®. Este apresenta-se como um instrumento simples, rápido, económico, que permite avaliar o estado nutricional dos clientes idosos em ambiente hospitalar, institucionalizados ou que habitam no seu domicílio, possibilitando a monitorização das alterações ao longo do tempo.

O MNA® deteta precocemente sinais de desnutrição (97% de eficácia), antes mesmo de surgirem alterações bioquímicas e contempla 4 componentes de avaliação: antropométrica; global, dos hábitos alimentares e autoavaliação do cliente idoso.

Instrumento de fácil e rápida utilização, onde de uma forma não invasiva é aferida uma pontuação que varia entre 0 e 30 pontos, que revela três possíveis estados nutricionais: **normal, sob o risco de desnutrição e desnutrição.**

Caracteriza-se também por ter uma avaliação prévia em forma de triagem, na qual se for atingido uma pontuação superior a 11, não existe necessidade de o completar, pois considera-se que apresenta um estado de nutrição normal, o que resulta numa avaliação rápida.

De acordo o MNA®, a reavaliação deverá ser efetuada de 3 em 3 meses.

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore indicador de desnutrição.

## Triagem

**A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?**

0 = diminuição severa da ingestão

1 = diminuição moderada da ingestão

2 = sem diminuição da ingestão

☐

**B Perda de peso nos últimos 3 meses**

0 = superior a três quilos

1 = não sabe informar

2 = entre um e três quilos

3 = sem perda de peso

☐

**C Mobilidade**

0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

☐

**D Passou por algum estresse psicológico ou doença agudanos últimos três meses?**

0 = sim 2 = não

☐

**E Problemas neuropsicológicos**

0 = demência ou depressão graves

1 = demência leve

2 = sem problemas psicológicos

☐

**F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m<sup>2</sup>])**

0 = IMC < 19

1 = 19 ≤ IMC < 21

2 = 21 ≤ IMC < 23,

3 = IMC ≥ 23.

☐

**Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)**

☐

12-14 pontos:

estado nutricional normal

8-11 pontos:

sob risco de desnutrição

0-7 pontos:

desnutrido

Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R

## Avaliação global

**G O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)**

1 = sim 0 = não

☐

**H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?**

0 = sim 1 = não

☐

**I Lesões de pele ou escaras?**

0 = sim 1 = não

☐

**J Quantas refeições faz por dia?**

0 = uma refeição

1 = duas refeições

2 = três refeições

☐

**K O paciente consome:**

• pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)?

sim ☐ não ☐

• duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?

sim ☐ não ☐

• carne, peixe ou aves todos os dias?

sim ☐ não ☐

0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim»

0.5 = duas respostas «sim»

1.0 = três respostas «sim»

☐

**L O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?**

0 = não 1 = sim

☐

**M Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?**

0.0 = menos de três copos

0.5 = três a cinco copos

1.0 = mais de cinco copos

☐

**N Modo de se alimentar**

0 = não é capaz de se alimentar sozinho

1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade

☐

**O O paciente acredita ter algum problema nutricional?**

0 = acredita estar desnutrido

1 = não sabe dizer

2 = acredita não ter um problema nutricional

☐

**P Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?**

0.0 = pior

0.5 = não sabe

1.0 = igual

2.0 = melhor

☐

**Q Perímetro braquial (PB) em cm**

0.0 = PB < 21

0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22

1.0 = PB > 22

☐

**R Perímetro da perna (PP) em cm**

0 = PP < 31

1 = PP ≥ 31

☐

**Avaliação global (máximo 16 pontos)**

☐

**Escore da triagem**

☐

**Escore total (máximo 30 pontos)**

☐

## Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos

☐

de 17 a 23,5 pontos

☐

menos de 17 pontos

☐

estado nutricional normal

sob risco de desnutrição

desnutrido

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10 : 456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A : M366-377.  
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10 : 466-487.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M  
Para maiores informações : [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)



## Escala de Morse

A escala de Morse permite avaliar o risco de queda, através de seis parâmetros: história de quedas nos últimos três meses; existência de diagnóstico secundário; necessidade de ajuda na mobilização; terapêutica endovenosa; características da marcha e estado mental. O somatório dos vários parâmetros define o nível de risco de queda do cliente, designadamente:

- 0 a 24 – **Baixo Risco**;
- 25 a 50 – **Médio risco**;
- $\geq 50$  – **Alto risco**.

A pontuação mínima é de 0 pontos e a máxima de 50 pontos.

Parâmetros		Pontos	Data Avaliação					
1. História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0						
	Sim	25						
2. Diagnóstico Secundário	Não	0						
	Sim	15						
3. Ajuda na mobilização	Nenhuma	0						
	Acamado							
	Repouso leito	15						
	Bengala							
4. Terapêutica Endovenosa	Andarilho	30						
	Canadiana							
	Próteses	20						
5. Marcha	Normal	0						
	Acamado							
	Cadeira de rodas	10						
	Lenta							
6. Estado Mental	Alterada	20						
	Cambaleante							
	Orientado	0						
	Desorientado	15						
	Confuso							
		Pontuação						
		Assinatura						

## Escala de Braden

---

A escala de Braden, foi elaborada por Bárbara Braden e Nancy Bergstrom, em 1987, com o intuito de avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Foi traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira, em 2001 (Ferreira, *et al*, 2007; Apóstolo, 2011).

É uma escala constituída por seis dimensões: percepção sensorial; humidade, atividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento. Cada dimensão está ponderada de 1 a 4, exceto a última que está ponderada de 1 a 3. A pontuação total pode variar entre 6 (valor de mais alto risco), e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor é o risco e vice-versa (Ferreira, *et al*, 2007; Apóstolo, 2011).

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão varia de acordo com a cotação:

- Superior ou igual a 17 – **Baixo Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão;**
- Inferior ou igual a 16 – **Alto Risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão.**

A escala deve ser aplicada no momento da admissão do cliente aos cuidados que irão ser realizados, em meio hospitalar e/ou em meio domiciliário. Para além da data de admissão, a avaliação em meio hospitalar é aconselhada a cada 24h em serviços de urgência e de cuidados intensivos, a cada 48h noutra tipo de serviços hospitalares. Em meio domiciliário a avaliação é aconselhada mensalmente em doentes crónicos, e em casos de estado geral mais debilitado em cada situação de prestação de cuidados. Sempre que haja uma alteração do seu estado geral, ou de um dos itens preconizado na escala deve-se proceder a uma avaliação (Ferreira, *et al*, 2001; Apóstolo, 2011).

[illegible]

## **Escala de Depressão Geriátrica**

---

A Escala de Depressão Geriátrica – Geriatric Depression Scale (GDS), foi criada por Yesavage, et al (1983) com o objectivo de ser utilizada, especificamente, para pessoas idosas. Foi traduzida, aferida e adaptada à população portuguesa por Veríssimo (1988), na “Avaliação diagnóstica dos Síndromes Demenciais”, proposta no serviço de neurologia e neurocirurgia do Hospital S. João do Porto.

Ela permite diferenciar idosos deprimidos de não deprimidos (Sequeira, 2010). É uma escala que elimina a confusão, geralmente presente em outros instrumentos de avaliação da depressão, entre indicadores somáticos da depressão e manifestações físicas normais da velhice (Fernandes, 2000).

Trata-se de uma escala de hetero-avaliação, composta por trinta itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana em que se aplica a escala. Também pode ser auto-aplicada. Apresenta como vantagem a fácil aplicação, requerendo apenas 5 a 10 minutos (Sequeira, 2010). Porém, não deve ser utilizada em doentes com demência, devido à incapacidade dos doentes responderem adequadamente. A escala apresentada é de Sequeira (2010).

Pontuação da GDS de 30 itens:

- 1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28.
- 1 ponto para as respostas NÃO nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30.

No trabalho original sugere-se a seguinte pontuação:

<b>Pontuação</b>	<b>Nível de dependência</b>
0-10	Ausência de depressão
11-20	Depressão ligeira
>21	Depressão grave

## **Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens**

---

A GDS com 15 itens (GDS-15) é uma versão curta da escala original e foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1986), a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. Os itens seleccionados mostraram uma boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas.

A versão GDS com 15 itens é bastante atraente para rastrear estados depressivos em contexto comunitário, assim como em outros ambientes não-especializados, pois o tempo necessário para a sua administração é menor (Paradela, Lourenço e Veras 2005). Na página oficial da GDS, os autores consideram que a escala está no domínio público. A escala apresentada é traduzida por Apóstolo (2011).

Pontuação da GDS-15:

- 1 ponto para as respostas SIM nas questões: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15
- 1 ponto para as resposta NÃO nas questões: 1, 5, 7, 11, 13.

A cotação é a seguinte:

<b>Pontuação</b>	<b>Nível de dependência</b>
0-5	Ausência de depressão
>5	Depressão

## **Mini Exame do Estado Mental**

---

Versão original de Folstein et al. em 1975.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994), segundo Sequeira (2007).

É um dos testes mais empregues e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo. Pode ser usado para rastreio de perda cognitiva mas não pode ser usado para diagnosticar uma demência.

O MEEM foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de clientes geriátricos. Avalia oito de 11 principais aspetos do estado cognitivo, omitindo a abstração, julgamento e expressão. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediata ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais; exigindo respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção, leitura e escrita avaliando habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos).

Obtém-se um score imediato em cada item, sendo que o score total varia entre 0 e 30 pontos, permitindo a avaliação de defeito cognitivo em função do grau de escolaridade:

- Analfabetos  $\leq 15$ ;
- 1-11 anos de escolaridade  $\leq 22$ ;
- Mais que 11 anos de escolaridade  $\leq 27$ .

# AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Anos DATA: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## 1. ORIENTAÇÃO

“Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz”.  
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? (Quanto são hoje?) \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) \_\_\_\_\_  
Em que país estamos? (Como se chama o nosso país?) \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota:

## 2. RETENÇÃO

“Vou dizer três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras”

**PÊRA**

**GATO**

**BOLA**

“Repita as três palavras”. (Dar 1 ponto a cada resposta correcta).

Pêra \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola \_\_\_\_\_

Nota:

## 3. ATENÇÃO E CÁLCULO

“Agora peço-lhe que me diga quantos são **30** menos **3** e que ao número encontrado volte a subtrair **3** até eu lhe dizer para parar”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30) (27) (24) (21) (18) (15)

Nota:

## 4. EVOCÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção)

“Agora, veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir”.

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta).

Pêra \_\_\_\_\_ Gato \_\_\_\_\_ Bola \_\_\_\_\_

Nota:

✓



**5. LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correcta).

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?" \_\_\_\_\_

Nota:

b) Mostrar o lápis.

"Como se chama isto?" \_\_\_\_\_

Nota:

c) Repetir a frase:

"O rato roi a rolha" \_\_\_\_\_

Nota:

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" - indicar o local onde o papel deve ser colocado)

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

- Pega no papel com a mão direita \_\_\_\_\_
- Dobra o papel ao meio \_\_\_\_\_
- Coloca o papel no chão \_\_\_\_\_  
(ou no local indicado)

Nota:

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão".

(Mostrar o cartão com a frase "**FECHE OS OLHOS**").

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase.

Nota:

f) "Escreva uma frase".

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com um ponto. Erros gramaticais ou troca de letras não contam como erros).

Nota:

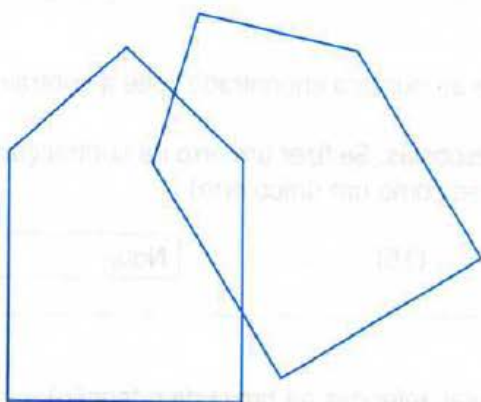
A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar".

(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto. Tremor e erros de rotação não são valorizados).

**DESENHO**



**CÓPIA**

(Máximo 30 pontos) TOTAL:

Nota:



## **Escala de Avaliação Sociofamiliar de Gijón**

---

A escala de avaliação sócio familiar de Gijón (González et al., 1999) é um instrumento estruturado de avaliação social de pessoas idosas. É constituída por cinco itens: Situação Familiar, Situação Económica, Habitação, Relações Sociais e Apoio da Rede Social. Permite a deteção de situações de risco ou de problema social, sendo um instrumento útil na prática da assistência social em contexto de saúde primária em pessoas idosas (González *et al.*, 1999).

A escala de Gijón é heteroadministrada e dever-se-á (re)avaliar a situação sempre que as condições sociais se alterem ou se suspeite de risco social (González *et al.*, 1999). Foi utilizada a versão portuguesa validada por Mourão (2008).

Situação Familiar	
Vive com família sem dependência física/ psíquica	1
Vive com cônjuge de idade semelhante	2
Vive com cônjuge/ família e apresenta algum grau de dependência	3
Vive só e tem filhos que vivem perto	4
Vive só e não possui filhos ou estes vivem longe	5
Situação Económica	
Mais de 1,5 vezes o Salário Mínimo Nacional	1
Desde 1,5 vez o Salário Mínimo Nacional até ao Salário Mínimo Nacional	2
Desde Salário Mínimo Nacional até à Pensão Mínima Contributiva	3
Pensão não Contributiva	4
Sem rendimentos ou inferior à Pensão não Contributiva	5
Situação Habitacional	
Habitação adequada às necessidades	1
Habitação c/ barreiras arquitetónicas (degraus no interior, portas estreitas, WC desadequado, sem elevador)	2
Habitação deficitária (sem WC completo, sem água quente, sem condições de higiene)	3
Habitação sem elevador e telefone	4
Habitação inadequada (barraca, casa em ruína, ausência de equipamento mínimo - água, luz, gás)	5
Relações Sociais	
Utente mantém relações sociais	1
Utente mantém relações sociais só com a família e vizinhos	2
Utente mantém relações sociais só com a família e só com vizinhos	3
Utente não sai do domicílio, mas recebe a família	4
Utente não sai do domicílio e não recebe visitas	5
Rede Social de Suporte	
Utente com apoio familiar ou de vizinhos	1
Utente com apoio domiciliário ou voluntariado social	2
Utente sem apoio	3
Utente aguarda integração em residência geriátrica ou lar	4
Utente em cuidados permanentes	5
<b>Pontuação Total</b>	

PONTUAÇÃO:	
<b>&lt;10</b>	Normal ou Baixo Risco Social
<b>10 a 16</b>	Risco Social Intermédio
<b>&gt;17</b>	Risco Social Elevado (Problema Social)

## Apgar familiar

---

Mede o funcionamento da família através da satisfação expressa pelos seus membros.

Devem ser comparados diferentes scores para se avaliar o estado funcional da família. O acrónimo APGAR proveniente da língua inglesa, é de:

- **A**daptação (**A**daptation);
- **P**articipação (**P**artnership);
- **C**rescimento (**G**rowth);
- **A**feição (**A**ffection);
- **R**esolução (**R**esolve).

A **adaptação** refere-se ao modo como os recursos são compartilhados ou qual o grau de satisfação do membro familiar com a atenção recebida. A **participação** diz respeito a como as decisões são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar e na resolução de problemas. O **crescimento** está relacionado com a forma como a promoção do crescimento é partilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar, para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento. A **afeição** refere-se a como as experiências emocionais são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar. A **resolução** pretende identificar como o tempo é partilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros (exemplo: os espaços, o dinheiro, etc.).

A escala apresentada é baseada em Smilkstein (1978). No preenchimento da escala deverão ser atribuídos 2 pontos para "Quase sempre", 1 ponto para "Às vezes", e 0 para "Raramente".

Os pontos para cada uma das cinco questões são totalizados:

- O resultado de 7 a 10 sugere uma família **altamente funcional**;
- O resultado de 4 a 6 sugere uma família **moderadamente disfuncional**;

- O resultado de 0 a 3 sugere uma família **severamente disfuncional**.

#### QUESTIONÁRIO APGAR FAMILIAR

	Quase sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo está me incomodando.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em meu estilo de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## BIBLIOGRAFIA

- Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Circular Informativa N°: 35/DSQC/DSC de 12/12/2008. *Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden*. Direção Geral da Saúde.
- Duarte, O., Andrade, C., Lebrão, M. (2007). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola Enfermagem da USP*. 41 (2), 317-325.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ferreira, P. L., Miguéns, C., Gouveia, J., & Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.
- Katz, S., Ford, A., Moskowitz, R., Jackson, B., Jaffe, M. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185(12), 914-919.
- Lawton M.P. e Brody (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9, 179-186.
- Loureiro, M. (2008). *Validação do Mini Nutritional Assessment em idosos*. Coimbra: Faculdade de Medicina, Dissertação de Mestrado Nutrição Clínica.
- Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls: establishing a fall intervention program*. (2ª edição). Springer Publishing Company.
- Paradela, E. M. P., Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39 (6), 918-923.
- Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.
- Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.
- Sheikh, J. I., Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* 165-173, NY: The Haworth Press.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*. 6(6), 1231-1239.
- Veríssimo, M. (1988). *Avaliação Diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica*. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto.
- Yesavage, J. A., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.



## **Estudo de Caso**

### **INTRODUÇÃO**

No decorrer do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, área de especialização pessoa idosa considerei pertinente elaborar um estudo de caso como forma de refletir de uma forma sistematizada sobre uma situação concreta de cuidados, visando o desenvolvimento de competências a que me propus. Como nos sugere Benner (2001, p. 50) “as enfermeiras aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação”. Esta atividade promoveu o autoconhecimento, pesquisa, atualização e aperfeiçoamento da minha prática de cuidados no sentido de uma maior perícia.

A seleção do estudo de caso aqui apresentado teve em conta o facto de se tratar de uma situação complexa de cuidados podendo constituir uma oportunidade de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista.

Este trabalho reflete a avaliação global de uma pessoa idosa submetida a gastrectomia, tendo por objetivo a sua autonomia e independência, aplicando o modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa desenvolvido por Gomes (2009) que perspetiva o indivíduo como responsável pelo seu projeto de vida.

Para a sua realização usou-se como referencial a Teoria das Transições de Meleis. Para esta autora a enfermagem constitui um processo facilitador das transições que ocorrem ao longo da vida, sendo que o processo de saúde-doença e as inerentes consequências, como a hospitalização ou o regresso a casa, constituem eventos transicionais. O foco de atuação do enfermeiro deve centrar-se na pessoa, a qual está em constante interação com o ambiente, podendo experienciar desequilíbrios, necessidades não satisfeitas ou incapacidade de cuidar de si. A atuação do enfermeiro deve desenvolver-se em parceria de forma a promover a incorporação de novos conceitos e conhecimentos que sejam facilitadores da transição dos indivíduos.

Este estudo de caso inicia-se pela descrição sucinta do caso, considerando as cinco fases do modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa, e engloba também o plano de cuidados. Finaliza-se com uma reflexão de avaliação através de uma metodologia descritiva e reflexiva.

## **DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO**

### **Revelar-se**

Na primeira fase do modelo de parceria (Gomes, 2009), o enfermeiro procura conhecer o cliente e o seu potencial de desenvolvimento, enquanto ser de projeto e de cuidados, para promover a realização de Si; mobiliza as suas competências de comunicação, e procura conhecer a identidade do mesmo, o acontecimento de doença, bem como o seu significado no percurso de vida, e identifica conhecimentos, recursos pessoais e potencialidades do contexto que poderá mobilizar para desenvolver um trabalho em parceria com a pessoa idosa e/ou família.

### **Conhecimento da pessoa idosa**

O Sr. M.C. tem 75 anos, é do sexo masculino e gosta de ser tratado por Sr. C. A sua nacionalidade é portuguesa, é caucasiano. Nasceu e viveu no Alentejo até aos 45 anos, altura em que mudou de residência para Lisboa.

Refere ser católico não praticante. É viúvo. É reformado da indústria hoteleira, mas desempenhou a função de agricultor enquanto viveu no Alentejo. Tem como habilitações literárias a 4ª classe.

Está internado atualmente com o diagnóstico de neoplasia gástrica, diagnosticada em Novembro de 2012.

### **Conhecimento do contexto de vida da pessoa idosa**

O Sr. C. reside com a companheira, num apartamento de 9 assoalhadas, no centro de Lisboa. Tem dois filhos que, apesar de viverem num concelho diferente, estão sempre disponíveis.

No seu quotidiano, o Sr. C. costuma passear com a sua companheira, pela cidade de Lisboa utilizando o passe de metro e, uma vez por semana, almoçam em restaurante. Durante o dia gosta de ver televisão, e não dispensa os jogos de futebol. Quinzenalmente passa o fim-de-semana com a sua companheira numa vivenda em Odivelas, onde cuidam juntos de um pequeno quintal.



Como rede de apoio, o Sr. C. é seguido no seu Centro de Saúde, pelo médico de família e, atualmente, é seguido pelo assistente hospitalar de cirurgia geral. Não carece de apoio domiciliário.

Durante o internamento, a presença de familiares era frequente: a companheira, os dois filhos e o genro. Demonstravam cumplicidade entre eles, e as questões e dúvidas que colocavam eram debatidas entre todos. Apesar de ter uma relação próxima com toda a família, o Sr. C. identificou como elemento de referência a companheira e a sua filha.

A situação económica do Sr. C. não era indicadora de problemas, sendo que nem o próprio nem a família verbalizaram qualquer dificuldade económica.

Considero que o investimento na primeira fase do modelo de intervenção em parceria – Revelar-se –, desenvolvendo uma relação de proximidade com o Sr. C. e sua família foi essencial no estabelecimento de confiança e respeito mútuo e na comunicação interpessoal. O respeito pelo tempo do cliente no desempenhar das suas atividades, a escuta ativa desenvolvida e o envolvimento de todos os intervenientes permitiram-me identificar, de forma individualizada, algumas necessidades de intervenção.

Por diversas vezes nos contactos seguintes, o cliente e sua família assumiram sentir-se mais confiantes e mais seguros nos cuidados, e mostravam-se entusiasmados com a minha presença, identificando-me como um elemento de referência. Na interação com os profissionais de saúde as familiares e o Sr. C. estavam mais confiantes, mostrando-se interessados em colaborar nos cuidados.

#### Conhecimento da história de doença da pessoa idosa

O Sr. C. apresenta como antecedentes pessoais Hipertensão Arterial, Hiperplasia Benigna da Próstata, Diabetes Mellitus tipo II, Hérnia Discal Lombar e Gonartrose bilateral. Foi submetido a apendicectomia, aos 40 anos, e a colocação de prótese duodenal, na sequência de obstrução do trânsito intestinal e a colocação de *implantofix* na veia subclávia direita, para realização de quimioterapia. Desde que foi

diagnosticado a neoplasia gástrica (Há cerca de um ano), o Sr. C. foi submetido a radioterapia e quimioterapia, tendo realizado o último ciclo de quimioterapia em Janeiro de 2013. Não tem alergias ou hábitos aditivos. Apesar da filha do Sr. C. conhecer o regime medicamentoso, e ser ela o elemento de referência na comunicação à equipa de saúde das patologias associadas e do regime medicamentoso do Sr. C., é o próprio quem gere a medicação. Habitualmente realiza no domicílio o seguinte esquema terapêutico:

Nome do medicamento	Via administração	Dose	Horário
Glicazida	Oral	30mg	Pequeno-almoço
Ramipril	Oral	5mg	Pequeno-almoço
Omeprazol	Oral	40mg	Pequeno-almoço
Maalox®	Oral	1 comprimido	1h antes do pequeno-almoço / almoço / jantar
Domperidona	Oral	10mg	Pequeno-almoço / Almoço / Jantar
Amtriptilina	Oral	10mg	22h (ao deitar)

O Sr. C. e a sua família têm conhecimento do seu diagnóstico e prognóstico, o que é gerador de stress para todos os elementos.

Na admissão ao serviço o Sr. C. encontrava-se vigil, orientado no tempo, espaço e pessoa. Utilizava linguagem apropriada ao contexto, e o seu discurso era fluente. Estava ansioso e mostrava fácies triste, referindo estar apreensivo quanto à cirurgia. Por realizar habitualmente medicação antidepressiva no domicílio e por se encontrar em mais uma experiência de transição, foi mobilizada a escala de Depressão Geriátrica versão abreviada, que revelou ausência de depressão (score de 2 num total de 15). Manifestou o seu medo e frustração referindo que “ (...) *não sei como vai correr, mas espero que corra bem; o médico disse-nos que era uma cirurgia muito arriscada, mas se não for operado fico sem hipóteses de recuperar*”.

A pele estava quente e seca e as mucosas, coradas e hidratadas. A pele íntegra revelava, na fossa ilíaca direita, a cicatriz de apendicectomia, a qual não

apresentava sinais inflamatórios ou quelóide. Na região subclávia direita era visível a cicatriz da inserção do *implantofix*, e palpava-se uma massa subcutânea.

O seu cabelo era liso e branco. Os olhos estavam centrados, simétricos, e mantinha uma boa acuidade visual e auditiva. Tem ausência de três peças dentárias, não possuindo prótese dentária. Afirmou não ter alterações da mucosa oral, nem dificuldade na deglutição. Apesar da sua patologia prostática – Hiperplasia Benigna da Próstata – não apresentava alteração da eliminação. Devido a alterações do padrão do sono, tomava diariamente um fármaco – Mutabon®, cerca das 22h.

Apresentava higiene pessoal cuidada. Era independente nas atividades básicas de vida diária antes da intervenção cirúrgica (4 pontos no Índice de Katz).

Apresentava um bom estado geral mas, da avaliação nutricional realizada com recurso à Mini Nutritional Assessment, o Sr. C. com risco de desnutrição (pontuação total de 19,50 em 30 pontos). Essa avaliação evidenciou as seguintes alterações: diminuição da ingesta alimentar nos últimos três meses; stress provocado pela situação de doença; polimedicação; ingestão hídrica moderada; perda de peso superior a três quilos nos últimos três meses (verificou-se uma perda ponderal total de 10 quilos em relação ao início da sintomatologia).

O seu peso atual é de 65kg mas, aquando da pesagem, toda a família se mostrou surpresa referindo “65kg? *Ele já teve quase 75!*”. Discuti com o Sr. C. e sua família o resultado da avaliação nutricional e procurei saber rotinas de pesagem anterior. O Sr. C. revelou não se pesar regularmente, e da última vez que o fizera, pesava 75kg (no início da sintomatologia). Também procurei saber os alimentos preferidos do Sr. C., para se poder construir um plano alimentar de acordo com as suas preferências. Ao procurar conhecer os seus hábitos anteriores, pretendi criar e desenvolver novos conhecimentos para que pudesse alicerçar as novas aprendizagens nas já realizadas.

Através do diálogo, o Sr. C. e sua família admitiram a importância da pesagem semanal, reconhecendo-a como indicador importante no controlo do peso e como necessidade a manter após a alta. Por desconhecerem as adaptações alimentares necessárias em situação de gastrectomia e qual a sintomatologia associada, acordámos trabalhar conjuntamente essa área, para que, até ao fim do

internamento, o cliente e a família estivessem capacitados para os cuidados necessários.

Segundo o próprio, realizava diariamente seis refeições, manifestando verbalmente boa tolerância à alimentação, apesar de referir uma diminuição moderada da ingesta alimentar e uma perda aproximada de dez quilos nos últimos meses. Referiu apresentar, antes do internamento, náuseas, azia, pirose e, por vezes, vômitos. Nega outra sintomatologia gastrointestinal.

Demonstrou conhecimento sobre a sua doença e o seu prognóstico, referindo que *“é por causa deste mal que aqui tenho que já andei a fazer quimioterapia e radioterapia; mas tive de parar estes tratamentos, porque estava a ficar muito fraco e não me estava a aguentar; mas eu sei que a tendência é ficar cada vez pior”*.

Quando questionado sobre perspetivas futuras, o Sr. C. revelou esperar uma recuperação rápida, manifestando vontade em regressar à sua casa, sem grandes dificuldades e sem necessidade de ajuda.

Procurei saber que conhecimento detinha o Sr. C. e sua família sobre esta situação patológica, tendo-se mostrado informados relativamente ao diagnóstico que motivou o internamento. Demonstraram conhecimento sobre as opções terapêuticas que o próprio Sr. C. realizara no último ano (radioterapia e quimioterapia). A família verbalizou preocupação quanto ao prognóstico da doença e quanto ao estadiamento tumoral. O Sr. C. partilhou essa preocupação e transmitia, no seu diálogo, vontade em recuperar, receando sempre futuras limitações: *“Sabe, eu sei que já não sou novo, mas quero recuperar. Não gosto de atrapalhar ninguém”*.

Também demonstrou conhecer possíveis complicações adjacentes à cirurgia: *“é uma cirurgia muito demorada, e é por ser demorada é que é tão perigosa”*, mostrando concordância com o tratamento cirúrgico, afirmando: *“agora é a cirurgia que me vai ajudar; depois falta saber dos marcadores tumorais. Aí é que vamos saber se são precisos mais tratamentos”*. Mais uma vez revelou conhecimento sobre o processo de saúde-doença, assumindo uma atitude ativa no seu processo de recuperação.

Para conhecer outras necessidades e potencialidades do Sr. C. e sua família, realizei uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, mobilizando alguns instrumentos de avaliação.

Na avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), apliquei a Escala de Lawton e Brody. Nesta avaliação o Sr. C. apresenta um score de 15, significando uma dependência moderada nestas atividades. As alterações verificam-se ao nível da dependência para cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida e ir às compras, tendo sido aspetos que se procuraram o regresso a casa.

Avaliei o risco de úlcera de pressão, através da escala de Braden (total de 22 pontos, o que representa baixo risco) e do risco de queda, através da escala de Morse (total de 15 pontos, o que representa baixo risco).

Estas avaliações decorreram no primeiro dia de internamento do Sr. C. e permitiram um melhor conhecimento sobre o cliente traduzido na definição de objetivos comuns entre enfermeiro e cliente e um trabalho conjunto na consecução desses objetivos.

### **Envolver-se**

De acordo com Gomes (2009) a 2ª fase do modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança. Nessa fase de envolvimento o profissional tenta identificar necessidades e potencialidades da pessoa idosa para que possa mobilizar esses dados, mais tarde, na ação e relação.

Baseando-me neste modelo, durante a minha prestação de cuidados ao Sr. C. e sua família, procurei criar momentos de partilha, disponibilizando tempo e espaço para a construção de empatia mútua, nos diversos momentos de cuidar, como os cuidados de conforto e mobilização no leito, os cuidados de higiene, a realização de levantar para cadeirão, ou nas caminhadas pelo serviço. Procurei desenvolver uma escuta ativa, direcionando o olhar para o cliente e sua família, estive disponível para as solicitações e proporcionei momentos diversos para continuar a estabelecer uma relação com o Sr. C. e família que fossem facilitadoras de um envolvimento mútuo.

Nos momentos de diálogo estabelecidos envolver-me com o Sr. C.: colocava-me ao seu nível (sentada), para que facilitasse a criação de um ambiente seguro e confortável entre ambos, que propiciasse a exposição de dúvidas e receios. Desenvolvi uma escuta ativa e procurei que o próprio verbalizasse a sua decisão nos cuidados prestados.

Durante a minha intervenção procurei responder às diversas dúvidas, questões e solicitações, baseando a minha atuação em altos e válidos padrões profissionais, primando pelo respeito pelo outro.

#### Conhecer a pessoa idosa/ família face aos seus hábitos

Procurei saber um pouco mais sobre as quantidades de alimentos que o Sr. C ingeria, em casa, e de que forma estas se enquadram nos hábitos alimentares da família:

- Pequeno-almoço – 200ml de leite de soja; ½ torrada;
- Lanche – 1 caneca de Chá (100ml) / 1 logurte líquido
- Almoço – Prato principal constituído por peixe ou carne, com acompanhamento de legumes e arroz / puré / massa + 1 copo de água (50 ml)
- Lanche – Leite de soja (200ml) / logurte líquido / logurte sólido
- Jantar – Sopa de legumes / sopa de peixe / Caldo Verde / Canja
- Ceia – Chá com bolachas

As refeições eram todas realizadas com a companheira. Quando os filhos iam a casa, partilhavam a refeição. Os hábitos alimentares não se alteravam quando o Sr. C. almoçava no restaurante, porque procurava manter o mesmo esquema alimentar.

Percebi que o Sr. C. incluía alimentos sólidos e líquidos, mas a ingestão de água não era uma rotina. Referiu ingerir no máximo 3 copos de água por dia, justificando não ter sede, nem vontade de beber água. Justificou o facto de realizar uma alimentação com refeições frequentes porque assim lhe fora transmitido pelo enfermeiro do Centro de Saúde, devido à Diabetes Mellitus e reforçado após a colocação da prótese duodenal embora com menores quantidades. Este hábito foi

essencial para sedimentar algumas das intervenções educativas a realizar, atendendo à situação de gastrectomia, após a qual há indicação para realizar várias refeições ao longo do dia e fracionar os alimentos a ingerir

Pareceu-me pertinente avaliar a capacidade cognitiva através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental, porque o Sr. C. apresentava alguma lentificação no seu discurso. Este instrumento “permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação linguagem e habilidade construtiva” (Sequeira, 2010, p. 121), sendo útil na deteção de défice cognitivo. Constatei que o Sr. C. não apresenta défice cognitivo (totalizados 26 pontos, em 30, considerado nível de escolaridade de 4ª classe). Porém, apresentou alteração da evocação, pelo que me despertou a necessidade de implicar a família no processo de aprendizagem e aquisição de novas competências e conhecimentos, na transição dos cuidados.

No pós-operatório o cliente esteve internado na unidade de cuidados intensivos e intermédios pós-cirúrgicos, tendo regressado à enfermaria ao fim de 7 dias, altura em que procedi à reavaliação das seguintes necessidades atividades de vida, nomeadamente:

- Índice de Katz, que revelou dependência total nas atividades básicas de vida diária;
- Escala de Braden, que manteve um baixo risco de desenvolvimento de UPP (score de 18).
- Escala de Morse, que representou um médio risco de queda (score de 45, por ter terapia intravenosa).

Informei o cliente e família da pontuação obtida, pelo que definimos estratégias conjuntas para potenciais quedas.

Ao 10º dia pós-cirurgia, reavaliei o nível de dependência (Índice de Katz) nas atividades básicas de vida diárias, estando parcialmente dependente na alimentação (Score 2) e totalmente dependente nas restantes atividades (score 1) – higiene, mobilização, vestir/despir, eliminação e utilização da casa de banho.

Durante o internamento procedi a pesagens semanais para monitorizar a evolução ponderal.

O facto do Sr. C. ter o apoio da companheira e dos seus dois filhos, facilita a dinâmica familiar e a vida social de ambos. A companheira refere não se sentir sobrecarregada, mas refere falta de força devido a patologia própria, e os filhos reforçam que o visitam frequentemente em casa e que ajudam nas tarefas domésticas. O Sr. C., por sua vez, refere estar bastante confortável em sua casa, negando qualquer possibilidade de ir residir para casa dos filhos.

A família demonstra algum conhecimento sobre as adequações alimentares necessárias com a gastrectomia, já adquiridas aquando da colocação da prótese duodenal que exigia cuidados similares. A filha demonstrou conhecer bem o regime medicamentoso do pai, sendo agora o elemento de referência nessa área.

Pareceu-me importante proceder a avaliação do risco social, uma vez que o Sr. C. já se encontrava a realizar tratamentos de quimioterapia e radioterapia há cerca de um ano, o que pode ser motivo de cansaço, stress e exaustão dos familiares. Procedi a essa avaliação segundo a escala de Gijon, revelando um estado social normal (score de 8, num máximo de 25).

Do mesmo modo, apliquei a escala de Apgar familiar, para verificar a funcionalidade da família do Sr. C.. Obteve-se um total de 10 pontos, o que revela uma família altamente funcional. Constatou-se que tem acompanhado o processo de doença e tratamento do Sr. C., e que tem mobilizado recursos internos e externos para gerir esse mesmo processo, o que me sugere um percurso para uma transição saudável.

### **Possibilitar/capacitar**

Esta fase do modelo de parceria implica a construção de uma ação conjunta entre enfermeiro e pessoa idosa, para o desenvolvimento de competências para agir e decidir, e tem em conta a partilha dos significados da experiência na ação, ou pela ação do enfermeiro, assegurando o cuidado que o outro deveria ter se tivesse a capacidade para decidir; possibilita a continuação do seu projeto de vida; pressupõe um processo informado, refletido e negociado que pretende capacitar o outro para o cuidado de Si; o conhecimento que se detém sobre a pessoa e o seu contexto de



vida é essencial para promover o cuidado de Si ou para capacitar a família a assegurar esse cuidado (Gomes, 2009).

Nesta fase está inerente a transmissão de informação, a reflexão e a negociação de intervenções que visam a concretização de capacidades potenciais em reais. A mobilização dos conhecimentos presentes sobre o cliente/cuidador e o seu contexto de vida foram importantes para promover o Cuidado de Si e a capacitação para o cuidado do Outro.

Desenvolver uma ação conjunta permitiu adquirir e desenvolver competências e conhecimentos que possibilitaram a tomada de decisão e assumir o Cuidado de Si.

Procurei criar momentos de partilha de informação, de esclarecimento de dúvidas e de validação de conhecimentos. Envolver o cliente e família permitiu a identificação de necessidades e potencialidades que foram mobilizadas como recursos no processo de educação e capacitação para o cuidado de si e do outro. Seguem-se alguns aspetos que foram trabalhados em parceria com o cliente/família, ao longo do internamento:

- Realização de refeições em menores quantidades e mais frequentes; como o Sr. C. realizava seis refeições por dia, aconselhou-se a mantê-las, mas deveriam retirar-se os líquidos ingeridos às refeições e introduzi-los entre as refeições;
- Permanecer sentado após as refeições para prevenir a ocorrência de vômitos;
- Manter a inclusão de leguminosas na alimentação e introduzir mais cereais, como o pão, arroz, massa;
- Manter a ingestão hídrica de 3 copos de líquidos e de preferência adicionar mais um ou dois copos;
- Optar por chá, batidos e leite de soja na escolha de líquidos a ingerir, visto o Sr. C. gostar pouco de água;
- Manter a ingestão diária de carne ou peixe, triturado na sopa ou sob forma de empadão;
- Realizar pequenas caminhadas pelo serviço, evitando o sedentarismo;

- Realizar atividades de mobilidade ativa enquanto está sentado no cadeirão ou deitado na cama;
- Passar mais tempo fora da cama, pelo menos duas horas por dia;
- Utilizar a arrastadeira e urinol em vez de usar a fralda;
- Proceder a uma pesagem semanal.

Durante a minha prestação de cuidados ao Sr. C. tive oportunidade de acompanhar os momentos de refeição ao longo do dia, alguns também presenciados pela própria família. Esses momentos foram excelentes momentos de aprendizagem e partilha de conhecimentos, quer para mim, quer para a família e para o cliente. Foram validados e adquiridos novos conhecimentos, pelo que, por fim, eram o cliente e família que decidiam acerca da alimentação. Como exemplo, o Sr. C. e sua família já conheciam que era necessário realizar várias refeições ao longo do dia (realizava um total de seis refeições). Porém, desconheciam o facto de não ser aconselhável ingerir líquidos simultaneamente à refeição, ou a necessidade de evitar gorduras e bebidas gaseificadas. Negociou-se com o cliente e família a ingestão de água extra-refeição sob a forma de chá, iogurte ou mesmo batidos.

Atendendo ao resultado da avaliação do mini-exame do estado mental, que revelou alterações ao nível da retenção da informação, a educação para a saúde realizada foi efetuada em conjunto com o Sr. C. e sua família, no sentido de lhes fornecer conhecimentos que lhes permitam atuar no processo de cuidados relativos ao Sr. C., assegurando o cuidado do Outro.

Foram reforçados outros aspetos como a manutenção da atividade física, estratégias para reduzir o risco de queda (auxílio do andarilho, eliminação de tapetes) e educação sobre o regime terapêutico, onde residia a necessidade de realizar diariamente uma injeção por via subcutânea de 40 mg de enoxaparina. Como essa necessidade se manteria após a alta, foram envolvidos os familiares do cliente na administração deste mesmo fármaco: num dia, procedi à administração dessa injeção e convidei-os a assistir, possibilitando também o esclarecimento de dúvidas – a finalidade da injeção, como administrar, cuidados necessários; noutro dia, convidei um elemento familiar – e sugeri que fosse, de preferência aquele que

assumisse a responsabilidade da administração – a proceder à administração da injeção, na minha presença. A companheira ficou responsável, e mostrou-se bastante entusiasmada nessa aprendizagem, tendo desenvolvido conhecimentos teóricos e competência técnica para a execução desse procedimento.

Considero que identificar junto do cliente as suas fragilidades e potencialidades surge como ponto fulcral na prestação de cuidados à pessoa idosa. O modo como se adapta e age nos seus processos de transição, de doença e de tratamento determina as consequências no seu projeto de vida.

Construir uma relação de parceria com a pessoa idosa e família implica também uma valorização das suas capacidades, potencialidades e daquilo que lhes dá vontade de viver, sendo determinante na sua auto-estima e na sua qualidade de vida.

Cuidar em parceria com o cliente implica que este consiga prosseguir com o seu projeto de vida, e que seja capaz de valorizar as suas potencialidades no controlo da sua própria vida e no cuidar de Si.

### **Comprometer-se**

Esta fase do modelo de intervenção em parceria preconiza o desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de serem atingidos os objetivos definidos para assumir ou assegurar o controlo e a progressão do projeto de vida e de saúde. Destaca-se a importância do acompanhamento do percurso da transição e trabalho em parceria para que se atinjam os objetivos da passagem de uma capacidade potencial para real (Gomes, 2009).

Pressupõe-se um plano de cuidados para a promoção do Cuidado de Si ou para que seja assegurado o Cuidado do Outro.

Assim, construiu-se um plano de cuidados com vista à promoção do Cuidado de Si pelo próprio Sr. C., e à promoção do Cuidado do Outro, pelos seus familiares. As áreas de intervenção focaram-se na prevenção da desnutrição, no assumir um plano alimentar adequado, no assegurar o cumprimento do plano terapêutico, na manutenção da mobilidade e na aquisição da independência na eliminação. As intervenções desenvolvidas envolveram o sr. C., a família, eu própria e a equipa de

enfermagem. Segue-se uma grelha onde estão identificadas algumas áreas de intervenção:

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Déficit de conhecimento, relacionado com cirurgia, manifestado por desconhecimento dos procedimentos perioperatórios e ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Que o cliente e família conheçam os procedimentos perioperatórios;</li> <li>☞ Diminuição da ansiedade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Realizar ensino programado sobre procedimentos pré-operatórios e pós-operatórios; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jejum operatório;</li> <li>- Cuidados de higiene no dia da cirurgia;</li> <li>- Ambiente intra-operatório;</li> <li>- Recuperação anestésica;</li> <li>- Período pós-operatório (recuperação na unidade, presença de sondas e drenos, necessidade de se mobilizar).</li> </ul> </li> <li>☞ Proporcionar um ambiente seguro para que o Sr. MC e sua família expressem os seus sentimentos, fragilidades e preocupações;</li> <li>☞ Desenvolver uma escuta ativa;</li> <li>☞ Respeitar o espaço e silêncio do cliente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Verbalização de dúvidas e preocupações;</li> </ul>
Risco de desnutrição, relacionado com o processo de doença e cirurgia, manifestado por perda ponderal de 10kg,	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Que o cliente realize várias refeições ao longo do dia (6) e em pequena-quantidade;</li> <li>☞ Que o cliente e família conheçam os cuidados alimentares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Início de soroterapia;</li> <li>☞ Contactada dietista para personalização da dieta;</li> <li>☞ Início de alimentação entérica após a cirurgia;</li> <li>☞ Realizar pesagem semanal;</li> <li>☞ Explicar a necessidade de fracionar as refeições, fornecendo pequenas quantidades de alimentos, 6 vezes ao dia (pequeno-almoço, suplemento matinal, almoço, lanche, jantar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Ingerir cerca de seis refeições por dia, em pequena quantidade;</li> <li>☞ Ingerir cerca de 4 a 5 copos de água por dia;</li> <li>☞ Não ingerir líquidos às refeições;</li> </ul>

<p>polimedicação, diminuição da ingesta alimentar</p>	<p>necessários após a gastrectomia e sintomatologia associada.</p>	<p>e ceia);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Fornecer alimentos de consistência líquida (inicialmente) e posteriormente, de consistência mole;</li> <li>☞ Explicar a importância de ingerir os alimentos lentamente e de os mastigar bem;</li> <li>☞ Educar sobre a ingestão de água entre as refeições (providenciou-se uma garrafa de água 1,5l para o cliente beber diariamente entre as refeições) e explicar a importância do reforço hídrico;</li> <li>☞ Alertar para as comidas a evitar: condimentadas, flatulentas, bebidas gaseificadas;</li> <li>☞ Permanecer em posição sentada após a refeição;</li> <li>☞ Assistir ao momento da refeição para detetar eventuais falhas ou inseguranças e esclarecer dúvidas;</li> <li>☞ Validar e reforçar, se necessário, as intervenções educativas realizadas sobre a adequação alimentar;</li> <li>☞ Educar sobre sintomatologia possível (enjoo, vômitos, enfartamento, sensação de lipotímia, diarreia, cólicas);</li> <li>☞ Providenciar a colaboração da nutricionista para a elaboração de um plano alimentar adequado ao Sr. MC;</li> <li>☞ Incentivar à avaliação do peso semanalmente;</li> <li>☞ Instruir a família para sinais de alerta: vômitos persistentes,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Ficar sentado após a refeição;</li> <li>☞ Que o cliente e família conheçam a sintomatologia associada à gastrectomia;</li> <li>☞ Avaliar o peso semanalmente;</li> <li>☞ Presença na consulta de nutrição para acompanhamento regular;</li> </ul>
---	--	---	--

		diarreias persistentes, não cumprimento do plano alimentar;	
Risco de desidratação, relacionado com ingestão hídrica insuficiente manifestado por mucosas desidratadas	☞ Hidratação adequada	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Reforçar a educação sobre ingestão hídrica entre as refeições;</li> <li>☞ Estabelecer conjuntamente com o cliente e família estratégias de ingestão hídrica, ao longo do dia;</li> <li>☞ Partilhar conhecimento sobre sinais que podem ser sugestivos de desidratação;</li> <li>☞ Alertar para características da urina (concentrada e de cheiro intenso) e fezes (líquidas ou diarreia) como sinais de alerta para a desidratação.</li> </ul>	☞ Ingerir pelo menos mais 1 a 2 copos de líquidos por dia (chá, leite, água, batido)
Alteração da necessidade de mobilização relacionada com astenia, manifestado por dependência total na atividade (Índice de Katz)	☞ Que alcance uma dependência parcial na atividade ou, idealmente, a independência	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Realizar intervenção educativa ao Sr. MC e família sobre as vantagens da mobilização na cama e do exercício físico;</li> <li>☞ Incentivar o Sr. MC a realizar exercícios de mobilização ativa, enquanto está sentado e enquanto está deitado;</li> <li>☞ Ensinar a família a realizar exercícios de mobilização passiva;</li> <li>☞ Proceder a levante diário, para cadeirão;</li> <li>☞ Criar oportunidades de caminhada pelo serviço;</li> <li>☞ Realizar fisioterapia;</li> <li>☞ Estimular o Sr. MC. a realizar pequenas caminhadas pelo serviço, alternadas com os períodos em que está sentado no cadeirão;</li> <li>☞ Incentivar o Sr. MC. a realizar alternância de posicionamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Que se levante para o cadeirão diariamente;</li> <li>☞ Que faça pelo menos uma caminhadas por dia pelo serviço;</li> <li>☞ Que se posicione sozinho no leito;</li> </ul>

		<p>e exercícios no leito se mobilizar na cama, quando está deitado (membros inferiores, alternância de decúbitos);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Passar mais tempo fora da cama, pelo menos duas horas por dia;</li> <li>☞ Respeitar o tempo da pessoa idosa nas suas atividades;</li> <li>☞ Reforçar positivamente os esforços e conquistas que o próprio vai conseguindo.</li> </ul>	
<p>Risco de queda relacionado com existência de doenças associadas, utilização de andador, terapia intravenosa e marcha lenta, manifestada por alto risco de queda na Escala de Morse (30 pontos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Que não aconteça nenhum episódio de queda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Reforçar a importância de o Sr. MC utilizar o andador quando se levanta da cama e no seu regresso, na caminhada pelo serviço;</li> <li>☞ Incentivar os familiares a removerem todos os tapetes existentes no seu domicílio ou, pelo menos, os que se encontram no percurso habitual do Sr. MC;</li> <li>☞ Incentivar o Sr. MC a realizar exercícios de mobilização ativa, enquanto está sentado e enquanto está deitado;</li> <li>☞ Ensinar a família a realizar exercícios de mobilização passiva;</li> <li>☞ Incentivar a colocação de barras de apoio nas paredes, em casa, especialmente no quarto, casa de banho e cozinha;</li> <li>☞ Explicar a importância de manter os percursos dentro de casa desimpedidos de objetos;</li> <li>☞ Incentivar os familiares a supervisionarem a mobilização do Sr. MC;</li> <li>☞ Estimular o uso de calçado adequado, para uma deslocação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Utilizar o andador na mobilização;</li> <li>☞ Familiares removerão os objetos presentes nos trajetos da casa e irão colocar barras de apoio para maior segurança;</li> </ul>



		<p>confortável e segura;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Avaliar periodicamente a marcha e o risco de queda do Sr. MC.</li> </ul>	
<p>Alteração da necessidade de eliminação, relacionada com dificuldade no uso do urinol e arrastadeira, manifestado por dependência total nesta atividade (Índice de Katz)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Que o cliente adquira a independência nesta atividade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Incentivar o Sr. MC a utilizar o urinol em vez da fralda;</li> <li>☞ Incentivar o Sr. MC a utilizar a arrastadeira em vez da fralda;</li> <li>☞ Colocar um urinol em acesso fácil para ser utilizado pelo cliente;</li> <li>☞ Explicar como utilizar o urinol;</li> <li>☞ Avaliar periodicamente a dependência nesta atividade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Utilizar o urinol para urinar ou deslocar-se à casa de banho</li> </ul>
<p>Alteração da integridade cutânea, relacionado com cirurgia, manifestado por ferida cirúrgica com drenos aspirativos e, posteriormente,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Que o cliente/família possuam conhecimento para despistar sinais inflamatórios da cicatriz operatória, em casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Realização de penso simples de 2 em 2 dias;</li> <li>☞ Vigiar presença de sinais inflamatórios;</li> <li>☞ Vigiar o conteúdo e volume aspirado nos drenos;</li> <li>☞ Vigiar a evolução cicatricial da ferida operatória;</li> <li>☞ Educar sobre os cuidados com a ferida operatória (hidratação diária com creme hidratante; vigilância de sinais inflamatórios).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Vigiar sinais inflamatórios da cicatriz operatória;</li> <li>☞ Hidratar diariamente a cicatriz operatória.</li> </ul>

pela cicatriz operatória			
-----------------------------	--	--	--

Ao longo do internamento o Sr. C. foi recuperando a capacidade de cuidar de Si relativamente às atividades básicas de vida diárias. Aquando do dia da alta, encontrava-se independente nas atividades de alimentação e eliminação (score 4), mas com dependência parcial nas atividades de higiene e mobilização (score 2). Por dia, o cliente realiza uma caminhada no corredor, dando-me oportunidade para fazer correção postural, já que o Sr. C. tem uma atitude cifótica durante a marcha. Avaliando a sua dependência, providenciei um andador para que o Sr. C. melhorasse a sua postura, alcançando uma dependência parcial, embora com marcha de pequenos passos. A utilização do andador também lhe permitiu deslocar-se à casa de banho, reduzindo a utilização da arrastadeira e urinol. Por vezes, quando acontece um rápido esvaziamento gástrico, a diarreia é praticamente imediata e, nessas situações, não tem possibilidade de pedir a arrastadeira.

## **Assegurar o cuidado de Si**

Nesta quinta e última fase do modelo de parceria de Gomes (2009) espera-se que o cliente tenha controlo sobre o seu projeto de vida e de saúde, mantendo-se informado e com capacidade de decisão sobre os seus cuidados, atendendo àquilo que considera ser melhor para si e lhe proporcione mais conforto e bem-estar; ou que a família adquira a capacidade para ajudar e cuidar do cliente, atendendo às decisões partilhadas pelo mesmo. Nesta fase, o cliente consegue gerir a sua situação de doença e atuar face à mesma, desenvolvendo um trabalho em parceria com a equipa de saúde na gestão da sua doença.

Foram identificados conjuntamente necessidades apresentadas pelo Sr. C. e sua família, e negociadas estratégias para se atingirem objetivos comuns, tendo existido partilha de poder nessas decisões. Foi apresentada informação sobre os cuidados e foram validados conhecimentos anteriores decorrentes da experiência quer do Sr. C., quer da sua família, para que fossem desenvolvidas competências que permitissem o prosseguir com o projeto de vida e de saúde.

Durante o internamento forneceu-se o material de apoio à educação – folheto intitulado “O regresso a casa após a gastrectomia” –, o qual foi alvo de análise conjunta, criando-se espaço para o esclarecimento de dúvidas.

No dia anterior à alta foi analisada com o Sr. C. e sua família a carta de enfermagem, de forma a possibilitar o esclarecimento de dúvidas existentes. Foi também analisada a receita médica a ser entregue e validados os conhecimentos sobre o novo regime terapêutico: foram introduzidos 2 fármacos – enoxaparina 40mg (via subcutânea) e Vitamina B<sub>12</sub> (via intramuscular) –, e retirados outros dois – ramipril e Maalox®.

No dia da alta, o cliente e sua família estavam informados sobre o dia das consultas de cirurgia, de oncologia e de nutrição. Foi entregue a carta de enfermagem à família do Sr. C. e informou-se do contacto já realizado com o centro de saúde (por via telefónica e envio da carta de enfermagem por fax), para garantia da continuidade dos cuidados. Foi, ainda, entregue a restante documentação necessária: carta de informação clínica, documento comprovativo de marcação das consultas médicas e receita médica.

Na semana em que o Sr. C. teve alta, não referia dor, apresentava independência na alimentação e eliminação, e conseguia realizar uma caminhada por dia, pelo serviço, com ajuda. A família estava agradada por o Sr. C. realizar vários exercícios de mobilização ao longo do dia, e sentia-se na expectativa de recuperação total da mobilidade.

O Sr. C. estava agradado com os cuidados que lhe foram prestados e, conjuntamente com a sua família detinham informação que lhes permitiu a tomada de decisão no Cuidado de Si (plano alimentar, regime terapêutico e medicamentoso, vigilância de ferida operatória, sinais e sintomas de complicações). Detinham conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade, tendo já mobilizado alguns (apoio domiciliário para cuidados de higiene e mobilização; cuidados continuados de enfermagem; rede nacional de cuidados continuados integrados).

Considero que todas as intervenções desenvolvidas junto do Sr. C. e sua família permitiram uma otimização da capacidade para assegurar o cuidado de Si, proporcionando-lhe independência nas suas atividades de vida e a retoma do seu projeto de vida, junto dos seus familiares.

**APÊNDICE XIV – Experiência de estágio no Hospital de Dia de Insuficientes  
Cardíacos de um Hospital Central em Lisboa**

## **Experiência domiciliar**

A experiência domiciliária aqui descrita decorreu nos dias 14 e 15 de Janeiro de 2013, no Hospital de dia de Insuficientes Cardíacos (HDIC) de um Centro Hospitalar Central em Lisboa (CHCL).

O objetivo desta experiência foi conhecer de que modo é aplicado o modelo de cuidados em parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2009) no serviço acima referido. Assistiu-se como os enfermeiros tornam o cliente parceiro nos cuidados, quer no hospital de dia, quer na visita domiciliária, e como é assegurada a continuidade dos cuidados, desde o internamento, até ao regresso a casa, pelos diversos profissionais de saúde em contextos variados.

Este serviço foi criado em Fevereiro de 2002 com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do doente e família, evitando a hospitalização ao permitir que a pessoa permaneça no seu ambiente domiciliar. Pretende também responder aos problemas identificados nos clientes e família seguidos no HDIC que apresentam incapacidade individual para gerir a sua situação de doença, mesmo após educação terapêutica, contribuir com ganhos para a saúde do doente com insuficiência cardíaca e sua família, reduzir o número de sessões hospitalares e reduzir os custos de cuidados em todo o serviço. Este programa integra diversos clientes, na sua maioria idosos. A referenciação é feita pelo enfermeiro do serviço de internamento ou pelo médico assistente, que definem a modalidade do seguimento pós-alta por consulta presencial no hospital de dia, por consulta telefónica, ou através de ambas.

A equipa profissional do HDIC é constituída por 3 cardiologistas e 2 enfermeiras, que se articulam com a restante equipa multidisciplinar, constituída por dietista, psicóloga, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, enfermeira do centro de saúde e enfermeira do internamento.

É no HDIC que está sediada a organização e gestão dos doentes seguidos no domicílio. A consulta presencial, a visita domiciliar e a consulta telefónica são previamente acordadas com o cliente e marcadas.

Assistiu-se à visita domiciliar a uma senhora de 88 anos, com o diagnóstico de Insuficiência cardíaca congestiva. Foi evidente a forte relação entre cliente e

enfermeira, onde a verbalização de problemas e dificuldades pela própria cliente decorreu sem inibição ou sem receio de represálias. Tratava-se de uma cliente que, além de alguns problemas socioeconómicos, não cumpria o regime terapêutico (havia na caixa organizadora de medicação comprimidos que não haviam sido auto-administrados nos dias anteriores; além disso, na última visita domiciliária que lhe fora realizada, tinha sido preparada medicação para quatro semanas e ainda havia duas caixas por iniciar). A cliente evidencia alguns sinais de descompensação cardíaca visível através do cansaço fácil, dispneia e edema dos membros inferiores. Conhece os medicamentos que lhe oferecem uma melhoria rápida, pelo que não cumpre com regularidade o seu regime medicamentoso.

A enfermeira procurou atuar em parceria com a cliente, partilhando o poder na tomada de decisão e estabelecendo uma relação de confiança. Tentou avaliar os motivos do não cumprimento terapêutico, mas a cliente afirmava cumprir a medicação, conforme lhe fora dividida pelas caixas semanais de medicação. Detetou-se a toma repetida de alguma medicação, pelo que se reforçou a educação sobre o esquema terapêutico, de acordo com a caixa organizadora de medicação e acordou-se com a cliente a realização correta desse mesmo esquema. A cliente não apresentou dúvidas e comprometeu-se a tomar regularmente os seus medicamentos. A enfermeira assinalou o horário de medicação em cada uma das duas caixas remanescentes e agendou nova visita domiciliária para a semana seguinte. Como se trata de uma senhora com história prévia de quedas, a enfermeira alertou a cliente para retirar o tapete que se encontrava à porta de sua casa, por acarretar um risco acrescido de queda. Esta reconheceu o risco da localização do tapete, comprometendo-se a retirá-lo de imediato.

É neste entrelaçar de atuações que está enraizada a parceria nos cuidados: a enfermeira busca na cliente recursos, conhecimentos e capacidades para que esta os mobilize e assuma o cuidado de si mesma. Apesar das dificuldades, estas são identificadas e debatidas conjuntamente e são estabelecidos objetivos e metas comuns.

A visita domiciliária é, para a cliente e para a enfermeira, muito mais do que uma simples conversa; é um momento em que ambas se dão a conhecer, criando uma

base sólida na relação entre ambas para futuras intervenções. Neste caso concreto, a enfermeira e a cliente já se conheciam, tendo sido possível intervir conjuntamente na melhoria das diversas barreiras arquitetónicas existentes (tratava-se de um 1º andar sem elevador; o tapete à entrada de casa, que aumentava o risco de queda; o corredor da casa repleto de móveis e o espaço circulante diminuído por estar preenchido com estátuas e vasos, condicionando a segurança da cliente). Destacam-se, também, as condições habitacionais (a casa é fria e não dispõe de sistema de aquecimento) e o fraco suporte social (a cliente não tem familiares perto – o único neto vive no Algarve; tem ativado apoio domiciliário para higiene, limpeza da casa e alimentação que, segundo ela “é suficiente para eu ficar na minha casa. Lares é que nem pensar. Eu quero é ficar aqui”).

Após a visita domiciliária, seguiu-se a articulação com o médico assistente para comunicação das necessidades identificadas na visita domiciliária. Ambos discutiram a situação, definiram as próximas atividades a desenvolver e debateram a modalidade da próxima intervenção: consulta presencial ou contato telefónico. A enfermeira registou no processo da cliente um plano de atuação para garantir a continuidade das intervenções iniciadas, baseado no programa informático vigente no hospital.

Considera-se que a relação de confiança criada se reflete no respeito pelo espaço da cliente e pelo tempo nas atividades, na partilha de informação e conhecimentos, até à tomada de decisão, desenvolvendo assim uma dinâmica ativa entre os participantes. A enfermeira desempenha um papel de agente de mudança por se encontrar numa posição privilegiada para antecipar ou detetar as transições e identificar as condições que a podem facilitar ou inibir, permitindo o desenvolvimento de intervenções que contribuam para o desenvolvimento de comportamentos de mestria, alcançando o domínio do seu próprio cuidado.



**APÊNDICE XV – Grelha de itens da avaliação final dos registos de enfermagem**

## GUIA DE OBSERVAÇÃO DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM – AVALIAÇÃO FINAL

### 1ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – REVELAR-SE (GOMES, 2009)

<u>Indicador:</u> Identidade da pessoa idosa hospitalizada	Registado	Não registado
Nome	8	0
Nome preferido	8	0
Idade	8	0
Nacionalidade	8	0
Raça	8	0
Religião	8	0
Estado civil	8	0
Profissão/ocupação	8	0

<u>Indicador:</u> Contexto de vida	Registado	Não registado
Com quem habita	5	3
Condições habitacionais	7	1
Pessoa a contactar e contacto	8	0
Situação económica (referência a dificuldades?)	5	3
Ocupação dos tempos livres/ projeto de vida (que ocupações?)	7	1
Rede de apoio (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, ajudante familiar, apoio na higiene, alimentação, arrumação da casa, RNCCI, IPSS)	7	1

<u>Indicador:</u> Contexto de doença	Registado	Não registado
Diagnóstico de admissão	8	0
A pessoa tem conhecimento do diagnóstico	7	0
A pessoa tem conhecimento do prognóstico	5	3
Antecedentes pessoais	8	0
Antecedentes cirúrgicos	8	0
Alergias	8	0
Medicação habitual no domicílio	8	0
Gestão do regime terapêutico	7	0
Hábitos e estilos de vida (alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, actividade física, nutricionais)	8	0

<b>Conhece o impacto da doença/tratamento na vida do cliente (alteração dos hábitos alimentares, necessidade de suplementos)</b>	7	1
<b>Avalia sinais de desnutrição (perda de peso, emagrecimento)</b>	7	1
<b>Avaliação do estado nutricional (aplicação do MNA)</b>	8	0

<b>Indicador: Problemas decorrentes do envelhecimento</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
<b>Alteração da alimentação (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, prótese dentária)</b>	8	0
<b>Alteração da eliminação (vesical ou intestinal)</b>	8	0
<b>Alteração do padrão de sono</b>	8	0
<b>Alteração da mobilidade</b>	6	2
<b>Alteração do estado sensorial (paladar, cheiro, visão)</b>	6	2

Indicador: Conhece os hábitos/atividades da pessoa idosa		Registado	Não registado
Alimentação	Nível de dependência	8	0
	Variedade	8	0
	Horário das refeições	6	2
	Número de refeições	8	0
	Preferências alimentares	7	1
	Restrições alimentares	7	1
	Ingestão hídrica	7	1
	Com quem faz as refeições	7	1
	Local onde faz as refeições	6	2
	Quem providencia a compra dos alimentos	8	0
	Quem confeciona os alimentos	8	0
Eliminação	Nível de dependência	8	0
	Características	7	1
	Frequência	8	0
	Necessidade de fármacos	6	2
Mobilidade /exercício	Nível de dependência	8	0
	Limitações	7	1
Higiene e conforto	Nível de dependência	8	0
Sono/repouso	Nível de dependência	8	0

	Características do sono (duração)	7	1
	Dependência de fármacos	7	1

## 2ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ENVOLVER-SE (GOMES, 2009)

<b>Indicador: Conhece a pessoa idosa/família face à sua situação de saúde</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
<b>O enfermeiro realiza socialização ao serviço</b>	8	0
<b>O enfermeiro entrega folheto de acolhimento ao serviço</b>	0	8
<b>O enfermeiro mostra-se disponível para a pessoa idosa (estabelece tempo para o cliente, centra os seus cuidados na pessoa, presta apoio emocional)</b>	8	0
<b>O enfermeiro identifica necessidades de ajuda à pessoa idosa/família</b>	8	0
<b>O enfermeiro conhece/procura conhecer a importância que a pessoa atribui à alimentação</b>	4	4
<b>O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu estado nutricional e o que deve fazer para o otimizar</b>	8	0
<b>O enfermeiro estabelece tempo para conhece os hábitos alimentares da família (entrevista, por exemplo)</b>	8	0
<b>O enfermeiro envolve a família nos cuidados (convida-a, acompanha-a, esclarece dúvidas)</b>	7	1
<b>O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso</b>	7	1
<b>Reconhece obstáculos a uma nutrição adequada (disfagia, retenção gástrica, refluxo biliar, síndrome de dumping, défice de vitaminas e sais minerais)</b>	8	0
<b>O enfermeiro monitoriza e despista complicações potenciais (hemorragia, síndrome de dumping, náuseas ou vômitos)</b>	8	0

## 3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – POSSIBILITAR/CAPACITAR (GOMES, 2009)

<b>Indicador: Partilha o poder/construção de uma ação conjunta</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
<b>O enfermeiro inclui informação durante a prestação de cuidados (informa sobre estado nutricional, utiliza o seu</b>	8	0

conhecimento na realização de educação para a saúde)		
O enfermeiro partilha conhecimento com o cliente e família sobre os procedimentos peri-operatórios	8	0
O enfermeiro partilha conhecimento com o cliente e família sobre os cuidados necessários após gastrectomia (controlo da dor, educação terapêutica e medicamentosa, plano alimentar/suplementos alimentares, nutrição entérica e/ou parentérica vigilância de ferida operatória, contenção abdominal, sinais e sintomas de complicações)	8	0
O enfermeiro promove o Cuidado de Si e respeita os tempos da pessoa idosa	8	0
O enfermeiro constrói um plano alimentar conjuntamente com o cliente e atende às suas preferências	6	2
O enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades do cliente (nutricionista, assistente social, médico)	8	0

#### 4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE (GOMES, 2009)

Indicador: Desenvolve competências para atingir os objectivos comuns	Registado	Não registado
O enfermeiro valida intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si	7	1
O enfermeiro ajuda a pessoa idosa/família ou cuidador a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa	5	3

#### 5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (GOMES, 2009)

Indicador: Assumir ou assegurar o Cuidado do Si	Registado	Não registado
A pessoa idosa/família detém informação que permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si (plano alimentar, regime terapêutico e medicamentoso, vigilância de ferida operatória, sinais e sintomas de complicações)	8	0
A pessoa idosa detém informação que lhe permita prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e saúde	6	2
A pessoa idosa apresenta conforto e bem-estar (controlo da	2	6

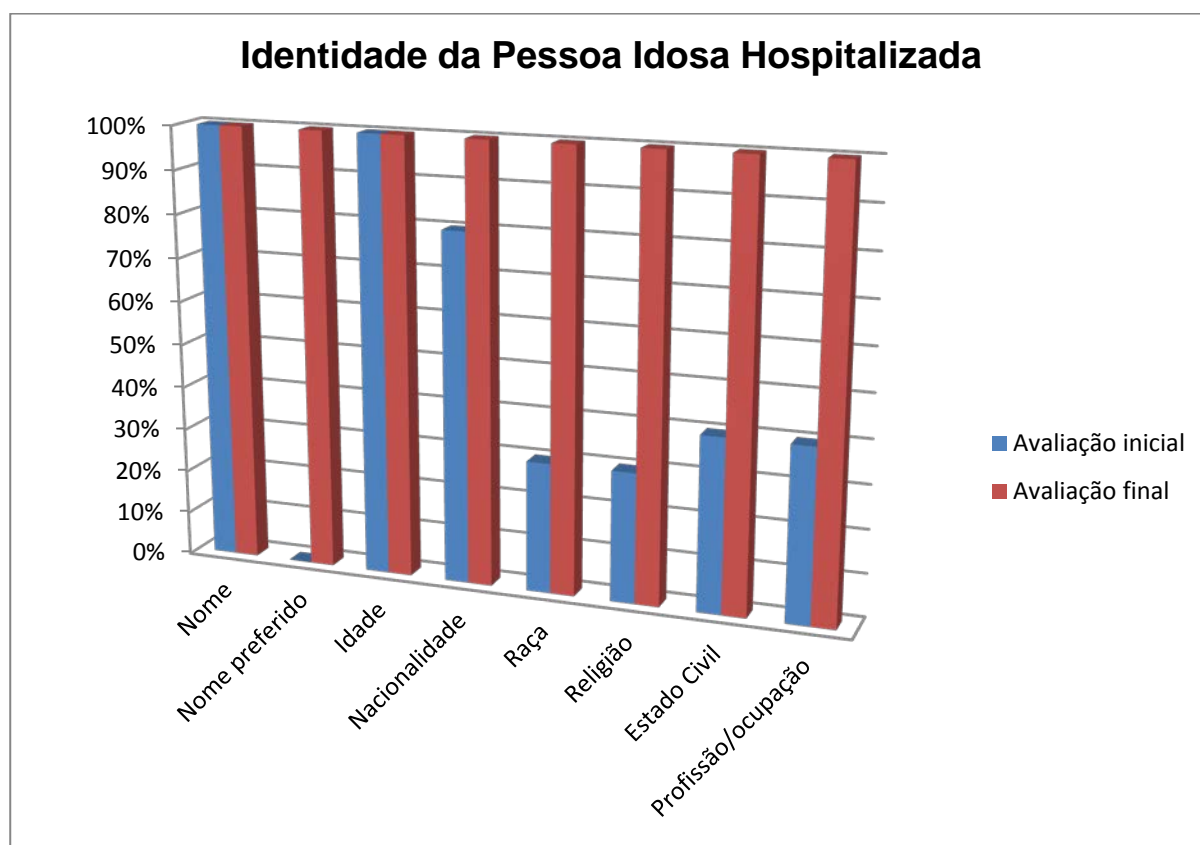
<b>dor, capacidade de Cuidar de Si)</b>		
<b>A pessoa idosa assegura cuidados para um estado de nutrição adequado (mantém regime alimentar, não tem diarreia excessiva, não apresenta náuseas ou vômitos, tolera 6 pequenas refeições por dia, não refere disfagia, retenção gástrica, refluxo biliar, síndrome de dumping ou deficiência de vitaminas e sais minerais)</b>	<b>7</b>	<b>1</b>
<b>A pessoa idosa/família conhece os recursos disponíveis na comunidade (recursos comunitários – apoio de enfermagem, apoio social, ajudante familiar, apoio na higiene, alimentação, arrumação da casa, RNCCI, IPSS)</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
<b>A pessoa idosa/família conhece o seu percurso após a alta hospitalar (dia da consulta médica, necessidade de deslocação ao Centro de Saúde)</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>O enfermeiro fornece suporte escrito ao cliente/família (carta de alta de enfermagem, carta de informação clínica, carta da nutricionista, material de apoio à educação)</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>A pessoa idosa/família compreende a finalidade do suporte escrito fornecido</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

**APÊNDICE XVI – Resultados estatísticos da avaliação final dos registos de  
enfermagem comparativamente à avaliação inicial**

## Análise da Consulta dos Registos de Enfermagem – comparação com a avaliação inicial

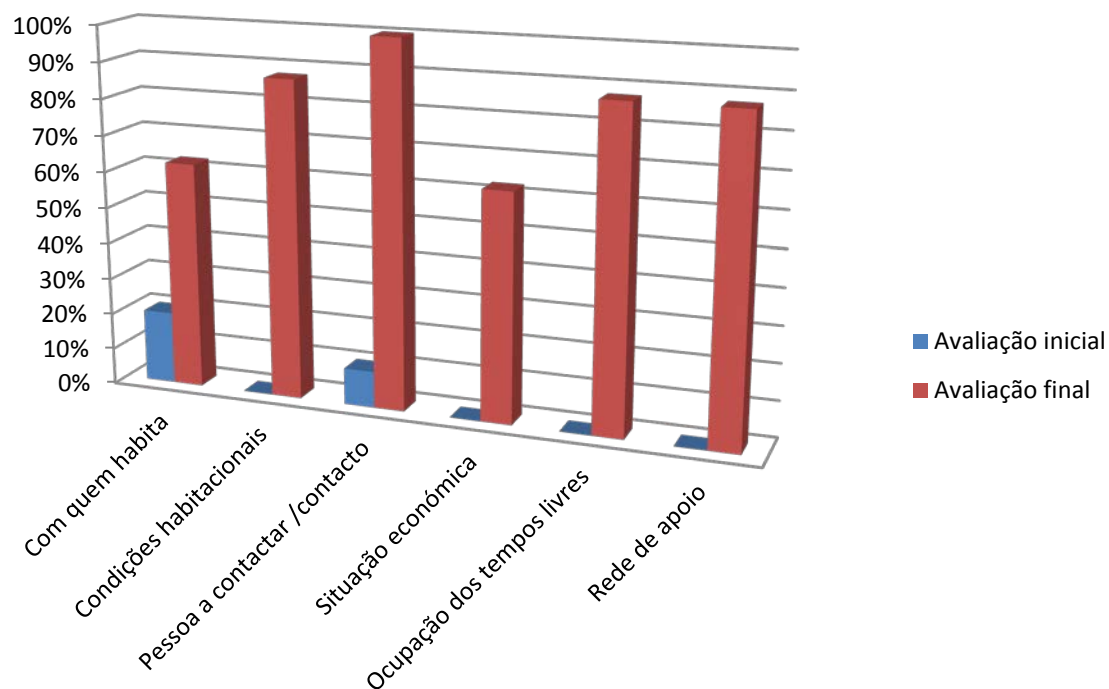
Foram consultados oito processos no mês de Fevereiro de 2013 (três do sexo feminino e cinco do sexo masculino).

### 1ª Fase do Modelo de Parceria – Revelar-se (Gomes, 2009)

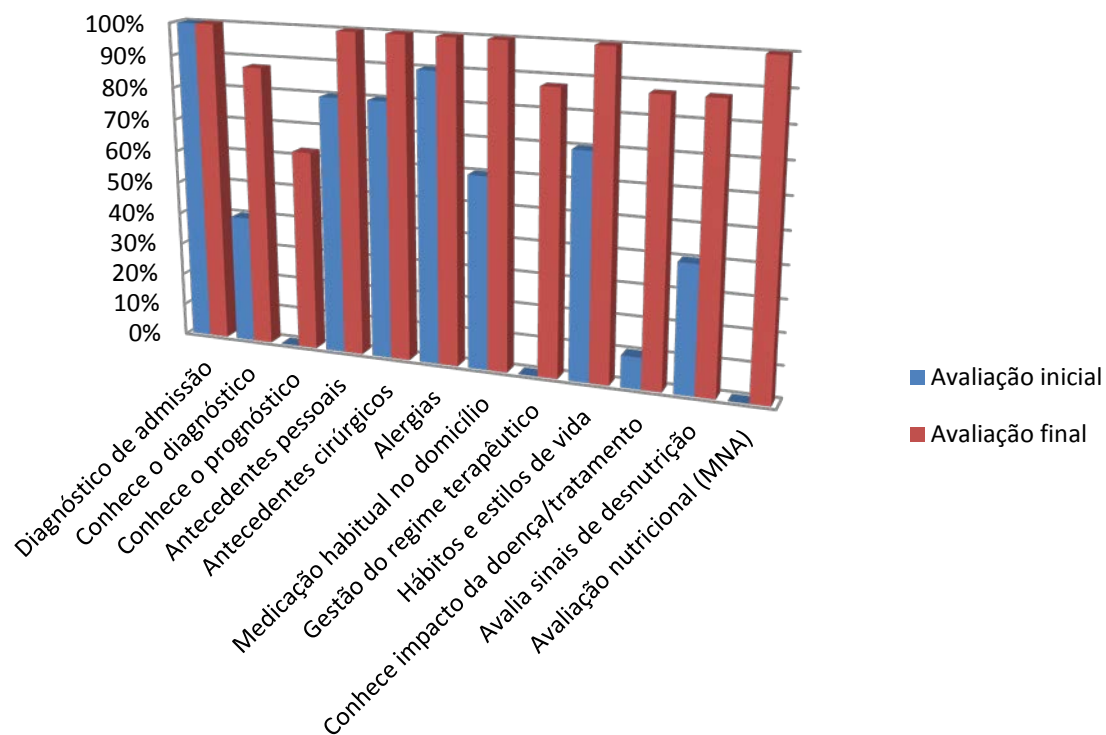




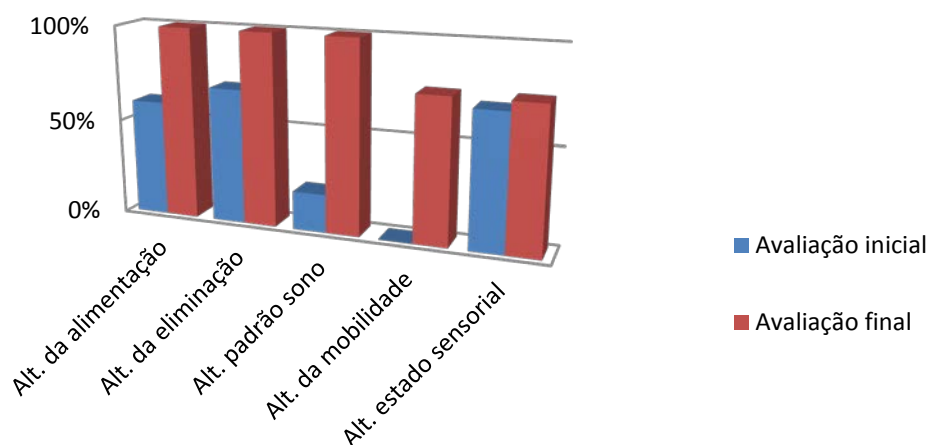
## Contexto de Vida



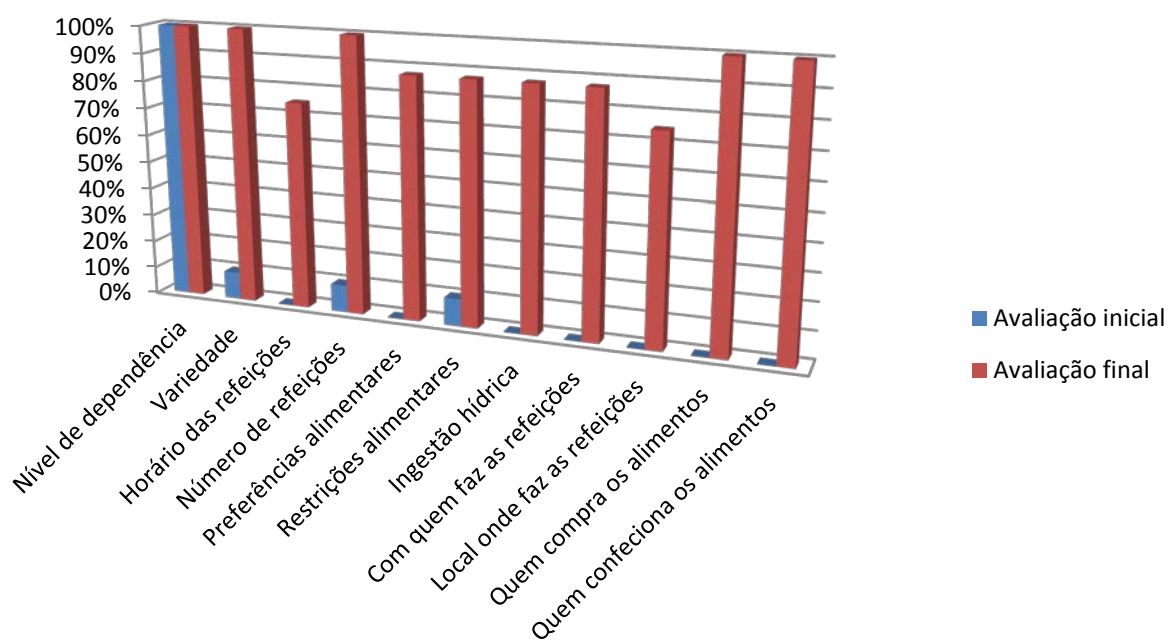
## Contexto de doença



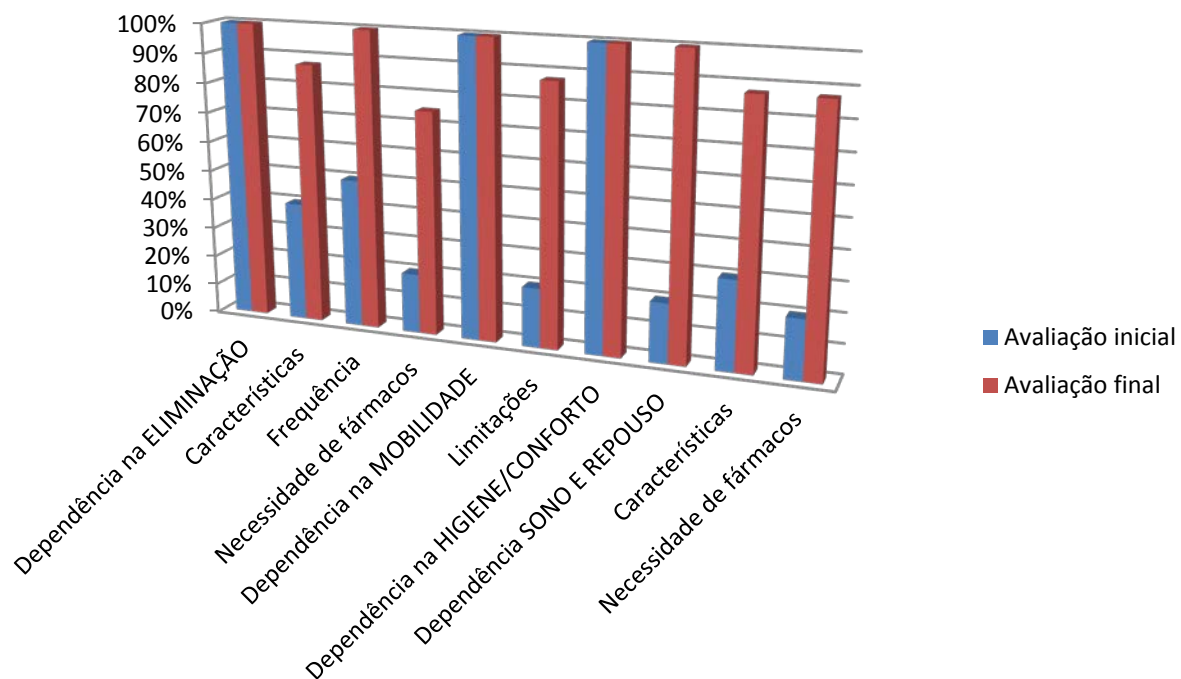
## Problemas decorrentes do envelhecimento



## Conhecer os hábitos/atividades da pessoa idosa - ALIMENTAÇÃO

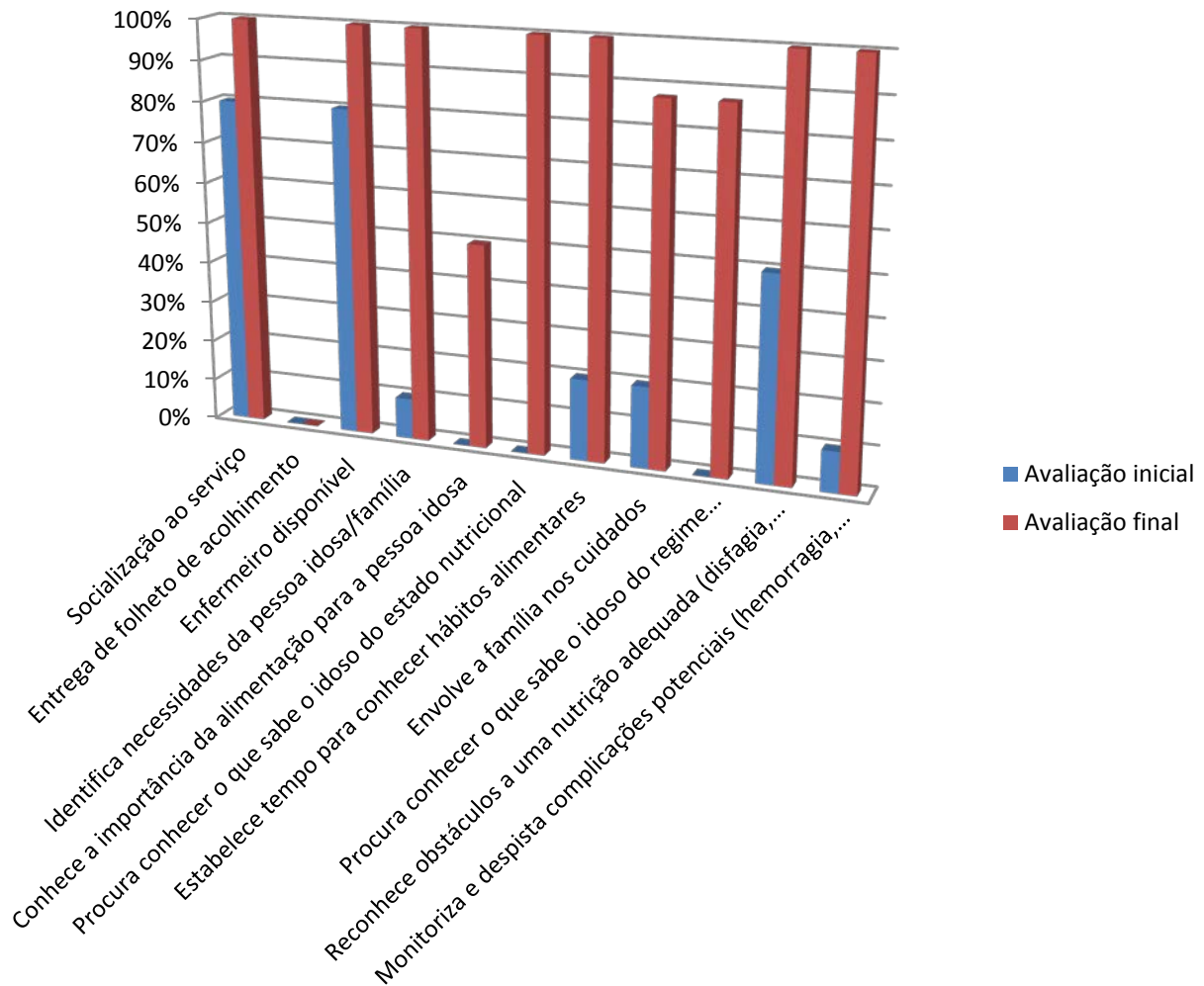


## Conhecer os hábitos/atividades da pessoa idosa

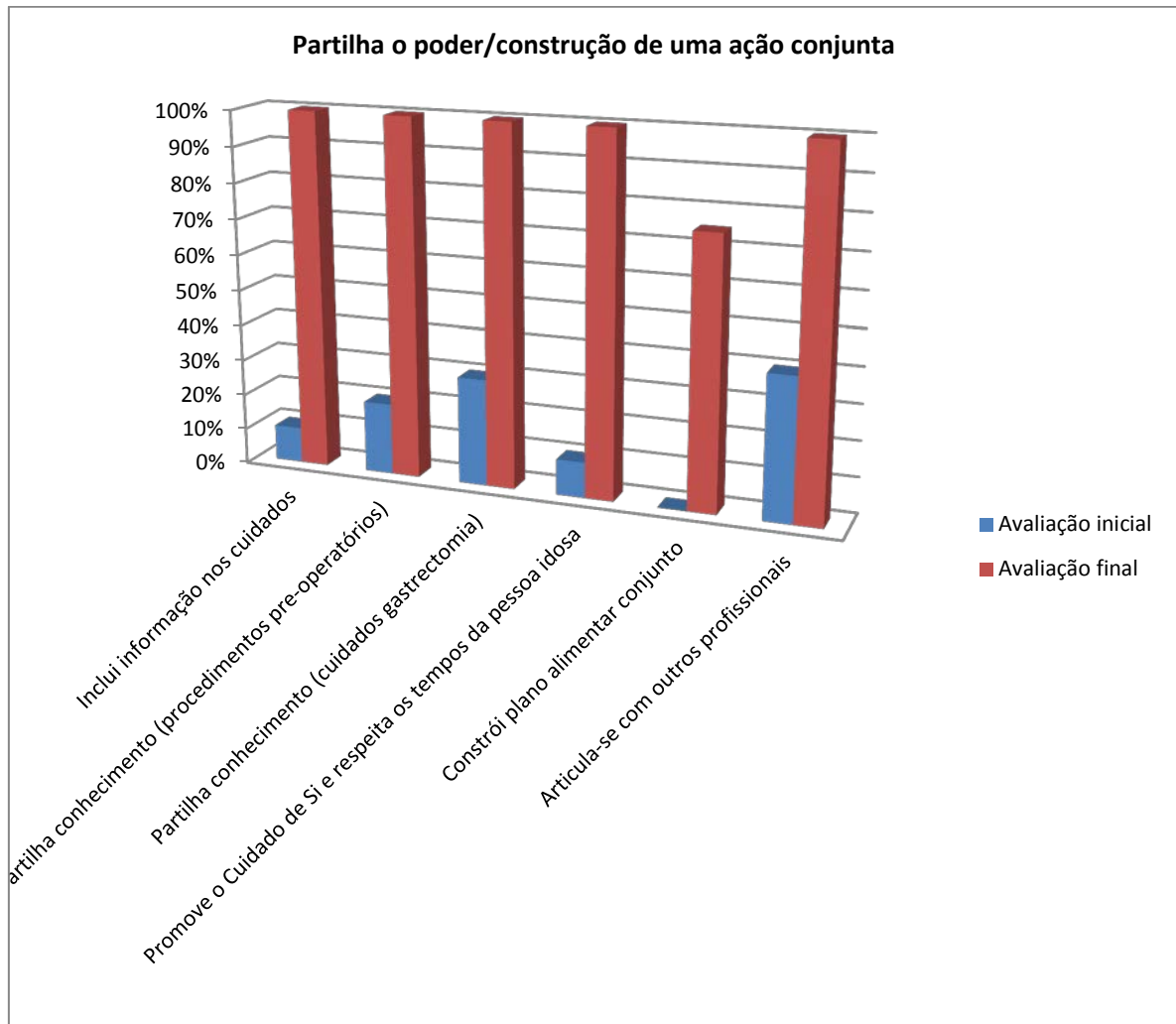


2ª Fase do Modelo de Parceria – Envolver-se (Gomes, 2009)

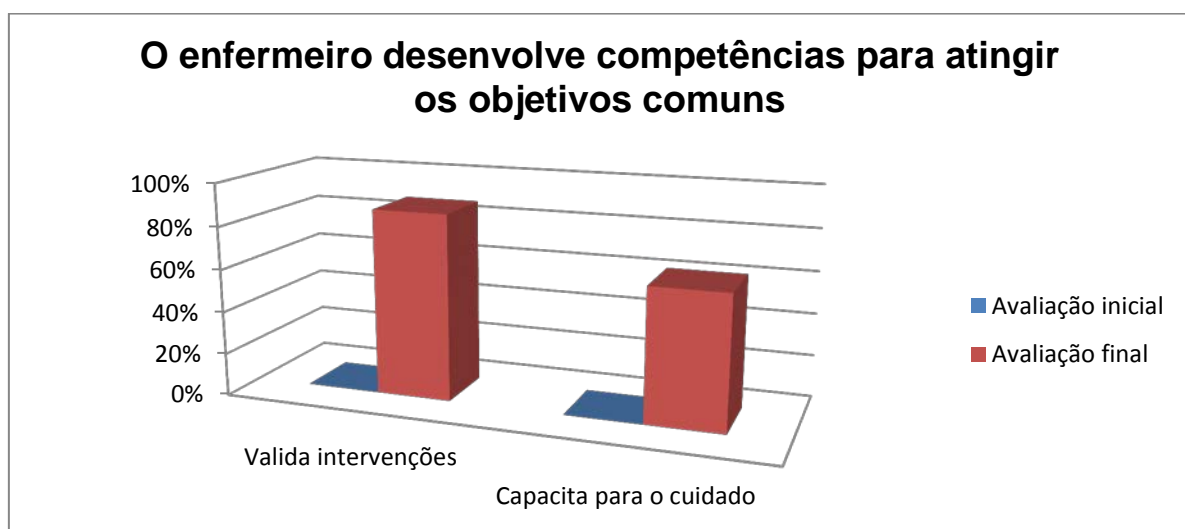
### Conhece a pessoa idosa/família face à sua situação de saúde



### 3ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – POSSIBILITAR/CAPACITAR (GOMES, 2009)

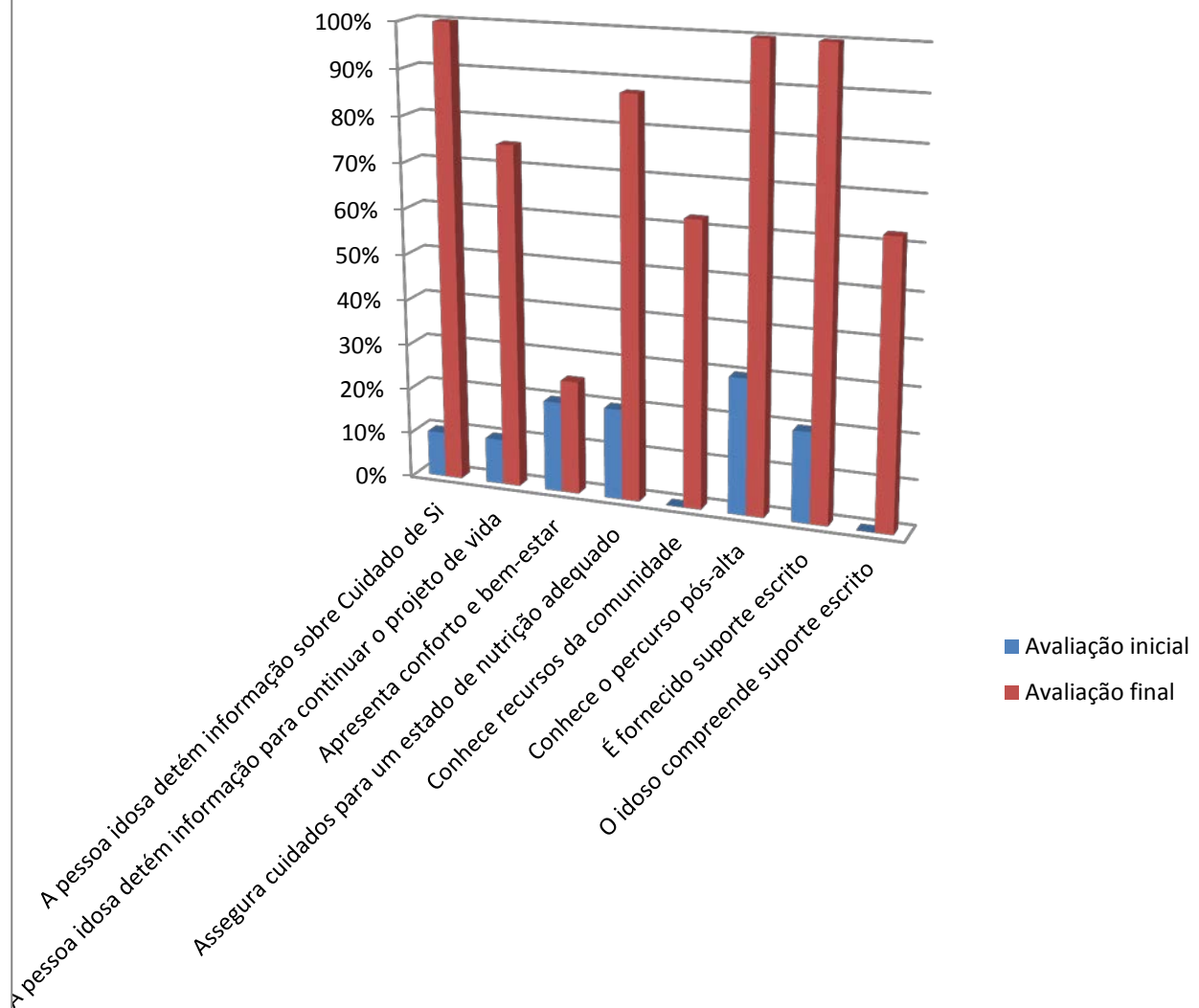


### 4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – COMPROMETER-SE (GOMES, 2009)



**5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO (GOMES, 2009)**

**Assumir ou assegurar o cuidado de Si**



**APÊNDICE XVII – Guião de entrevista às pessoas idosas submetidas a  
gastrectomia**

## **Guião de entrevista a idosos**

Para a colheita de dados junto da pessoa idosa optei pela concretização de entrevista que, como Fortin (1999) refere “é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”. Por outro lado, a escolha pela entrevista e não pelo questionário deve-se ao facto de o índice de resposta tender a ser mais alto nas entrevistas face a face e de haver menor probabilidade de os respondentes se recusarem a responder com o entrevistador do que ignorar um questionário; é mais adaptado para pessoas iletradas e as perguntas têm menor probabilidade de serem mal interpretadas pelos respondentes, pois o entrevistador pode determinar se as questões foram entendidas (Polit, Beck e Hungler, 2001).

Selecionei especificamente pela entrevista semi-estruturada em que “o responsável apresenta uma lista de temas a cobrir, formula questões a partir destes temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém” (Fortin, 1999, p. 247). Optei maioritariamente por questões abertas que “possibilitam aos participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 26).





As entrevistas foram realizadas com o objetivo de avaliar o conhecimento que a pessoa idosa detinha sobre os cuidados necessários para a transição para casa.

Foi garantido o consentimento informado a todos os clientes. Foram tomadas notas abreviadas, durante a evolução da entrevista e preenchidos os detalhes, após o seu término. A opção metodológica para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo, segundo Bardin (2009).

O investigador tem como finalidade compreender os problemas propostos. Não obstante, ao permitir que o entrevistado dialogue livremente, não assume um controlo rígido sobre o conteúdo veiculado na entrevista, mas intercede para conduzir a entrevista no sentido que pretende. Deste modo, não se torna obrigatório seguir sempre o mesmo padrão de entrevista, nem utilizar as mesmas palavras, e a ordem pela qual se colocam as questões é flexível.



De modo a colher contributos para clarificação de estratégias no estabelecimento de uma relação de parceria com o cliente e colher informação que me permitam identificar estratégias na preparação do regresso a casa, foi elaborado o seguinte guião de entrevista:

Designação dos blocos	Objetivos específicos	Formulação das questões	Observações
Bloco A <b><i>Legitimação e motivação do entrevistado para realizar a entrevista</i></b>	Legitimar a entrevista Motivar o entrevistado para a importância do tema	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Descrever de forma clara e sintética as linhas orientadoras do trabalho e respetivos objetivos;</li> <li>▪ Indagar a colaboração do entrevistado para a importância do seu contributo na prossecução do trabalho;</li> <li>▪ Pedir autorização para a gravação integral áudio da entrevista;</li> <li>▪ Assegurar a confidencialidade das informações transmitidas durante a entrevista;</li> <li>▪ Informar o cliente que, caso o deseje, ser-lhe-á fornecido o resultado do estudo.</li> </ul>	<p> Informar sobre a duração aproximada da entrevista (15 a 20');  Esclarecer as perguntas efetuadas, procurando evitar o desvio dos objetivos específicos</p>
Bloco B <b><i>Aquisição de dados sociodemográficos</i></b>	Caracterizar a amostra em estudo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Data de internamento;</li> <li>▪ Período de internamento;</li> <li>▪ Idade;</li> <li>▪ Sexo;</li> <li>▪ Com quem vive;</li> <li>▪ Local.</li> </ul>	
Bloco C	Facilitar a reflexão da pessoa idosa submetida a gastrectomia sobre os cuidados	<p>I. Considera importante a sua participação nos cuidados?</p> <p>II. Que informação lhe foi dada que o ajudou com os seus cuidados e no regresso a casa?</p> <p>III. Que outra informação gostaria</p>	<p> Escutar a resposta do entrevistado, não permitindo desvios dos objetivos específicos;</p> <p> Utilizar</p>

	necessários após a gastrectomia	de ter recebido? IV. Qual o seu conhecimento acerca do seu estado de saúde e suas implicações? V. Recebeu informação sobre o regime dietético que deve seguir? VI. Participou na construção do plano alimentar? VII. Tem conhecimento sobre os recursos disponíveis que pode utilizar, quando regressar a casa?	questões orientadoras para o estudo.
--	---------------------------------	---	--------------------------------------

Para facilitar a condução da entrevista, realizei algumas questões orientadoras:

1. Considerou importante a sua participação nos cuidados?
  - a. Foi-lhe dada informação/conhecimento prévio sobre os seus cuidados?
  - b. É-lhe dada a possibilidade de decidir sobre os seus cuidados?
  - c. Sentiu-se envolvido nos cuidados? / Gostaria de ter sido envolvido nos cuidados?
2. Que informação lhe foi dada que o ajudou com os seus cuidados e no regresso a casa?
3. O que gostaria que lhe tivesse sido explicado?
4. Conhece sinais e sintomas que mostrem que não está a realizar um plano alimentar adequado?
5. Recebeu informação sobre o regime dietético que deve seguir?
  - a. Sabe as alterações alimentares necessárias à sua situação clínica?
  - b. Sabe a frequência das refeições e quantidade de alimentos que deve ingerir ao longo do dia?
  - c. Conhece os benefícios para a sua saúde de seguir a dieta recomendada?
  - d. Conhece os riscos de não cumprir a dieta?
6. Participou na construção do plano alimentar?

- a. Sentiu que as indicações dadas acerca da dieta foram de encontro às suas preferências alimentares?
  - b. Foram apresentadas opções alternativas/mais económicas?
7. Tem conhecimento sobre os recursos disponíveis que pode utilizar, quando regressar a casa?
- a. Sabe a quem recorrer se tiver dúvidas?
  - b. Que apoio (s) vai necessitar quando regressar a casa?

## **BIBLIOGRAFIA**

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2001). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (5ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Streubert, H., Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. (2ª edição). Loures: Lusociência.

**APÊNDICE XVIII – Corpo das respostas das pessoas idosas entrevistadas**

## **Corpo das respostas das pessoas idosas entrevistadas**

### **ENTREVISTA A**

#### **Questão 1**

Cliente – *No dia-a-dia, enquanto estive cá, senti que a enfermeira tinha a preocupação de nos explicar aquilo fazia. Sabe, assim até faz mais sentido. Não parece uma coisa estranha, e até eu mesmo sinto necessidade de saber.*

Cliente – *Isso aconteceu depois da cirurgia. Antes, só vomitava e nem me lembro bem daquilo que me disseram. Depois da cirurgia, aí sim, os enfermeiros preocupavam-se em saber como é que eu me sentia dia após dia. Ficavam muito apoquentados quando eu vomitava e lá me iam dizendo que isso podia acontecer. Depois davam-me medicamento e os vômitos passavam.*

Filha – *Sabe, acho que é sempre bom explicarem à família o que vai acontecer, o que é preciso nós sabermos. Mas quem nos prestou mais essa explicação foi a enfermeira. Passou bastante tempo connosco e mesmo a minha mãe diz, que é melhor estar o enfermeiro connosco sem pressas, porque assim tem mais paciência e esclarece as nossas dúvidas com tempo.*

*Os enfermeiros sempre procuraram que nós fizéssemos parte dos cuidados à minha mãe. Não me senti excluída. A minha mãe já teve outros internamentos, e isso já aconteceu. E aqui ensinaram-me a trocar o saco de fístula. Perguntaram-me se eu queria aprender, e eu disse logo que sim! Senti-me tranquila, porque estava a perceber o que era preciso para fazer as coisas bem.*

#### **Questão 2**

Filha – *Olhe, aquilo que eu dei mais valor de me terem explicado foi como trocar ali o saco (refere-se ao sistema de fístula), porque nunca me vi numa situação assim. Não é difícil, mas é preciso saber para não errar. Também me deram indicações sobre a alimentação. É que há pormenores que são importantes e que eu nunca me lembraria, por exemplo o não se deitar após a refeição: habitualmente a minha mãe costuma dormir uma sesta após o almoço, e agora já sabemos que não deve fazer isso.*

Agora vamos pesá-la todas as semanas. Ela perdeu muito peso em pouco tempo, e ficou fraca rapidamente. Aqui também a pesaram todas as semanas. Ela perdeu 2kg desde que foi internada. Até pensei que tivesse perdido mais, sabe?

### Questão 3

Cliente – Gostava que me tivessem explicado logo porque é que ela esteve tanto tempo indisposta e a vomitar sangue. Queria que me dissessem que não era grave, mas lá no fundo, eu sabia que não era nada bom. Mas agora, ela já foi operada e está a recuperar bem. Está um pouco fraca, mas ela esforça-se: quer sempre ficar sentada quando tem aqui as suas visitas, e isso é bom!

Nem todos os enfermeiros têm essa preocupação, mas alguns perguntam-me como eu estou, como estou a ultrapassar isto tudo. E, mesmo não sendo muito, ajuda-me. Ajuda-me saber que se preocupam comigo também.

Gostava que me tivessem explicado a evolução da doença, as possibilidades de recuperação e se há necessidade de fazer quimioterapia. Eu sei que é uma questão mais médica, mas não me foi explicado, e fico sempre na ânsia do que é que vai acontecer a seguir...

### Questão 4

Cliente – Sei que posso ter vômitos e enjoos, e que se forem muito frequentes não é normal. E a diarreia, também falaram que podia acontecer, mas aqui no internamento ela nunca teve. O que tive mais foram os vômitos.

### Questão 5

Cliente – Sei que tenho de comer mais vezes ao dia, e em menor quantidade. Habitualmente eu já me alimenta mal: como muito pouco e rapidamente estou cheia e enfartada, mas agora, nestes últimos dias, até tenho conseguido comer meia tijela de sopa. Disseram-nos para evitar beber a água às refeições e para a beber ao longo do dia, porque podia provocar diarreia. E falaram-me de outras coisas, comidas com gordura para não comer, mas isso eu também já não comia antes. E as bebidas com gás, para não beber, e para ingerir fibras e cereais. Ao que parece,

*ajudam a dar consistência às fezes! Mas a água com gás não é problema: eu também não gosto.*

#### Questão 6

*Só nos disseram aquilo que eu podia comer ou não. Houve um dia em que veio pêra cozida para sobremesa, e eu nunca gostei de pêra; prefiro maçã, ou gelatina ou mesmo pudim. A enfermeira percebeu que eu não gostava e pediu à dietista para cá vir falar comigo. A partir daí, não veio mais pêra e começou a vir outras coisas que eu já gostava. Lá em casa vou seguir esta dieta: não posso é ficar sem me alimentar: posso perder mais peso e isso não é bom.*

#### Questão 7

*Para já, não vou precisar de grande coisa: a minha filha troca este saco aqui [refere-se ao saco de fístula] já nem é preciso fazer penso. Estes primeiros dias vou para casa do meu filho. É ao lado da casa da minha filha, e tenho lá boas condições, além de que há uma senhora empregada que me pode ajudar nas coisas que tenho mais dificuldade.*

### ENTREVISTA B

#### Questão 1

*Sim, à medida que iam fazendo iam dizendo. Havia outros [enfermeiros] que não diziam porque é que faziam as coisas e, aí, eu perguntava. Sabe, eu gosto de saber o que se passa comigo e gosto de estar informado. Quero saber o que é que está ao meu alcance para eu fazer. Assim, não me posso arrepender de não ter feito nada.*

*Fiquei muito abatido quando acordei da cirurgia: estava muito cansado e sem forças, e como se não bastasse, estava cheio de tubos... No nariz, no pescoço, os drenos para aspirar o sangue, e como se não bastasse, ainda estava algaliado. Fez-me muita confusão, e isso piorou quando me começaram a alimentar por um saco branco conectado aqui à veia do pescoço [alimentação parentérica]. Mas a pouco e pouco foram-me explicando para que era tudo, e até que faz sentido.*

*Da primeira vez que me levantei, estava muito cansado, mas a enfermeira disse-me logo, que eu me sentisse mal disposto, para lhe dizer. Mas eu estava bem e quis*

*levantar-me. Estive demasiado tempo na cama. Ela sorriu e perguntou-me se preferia ir para um cadeirão ou para quanto mais depressa começasse a me movimentar, melhor!*

#### Questão 2

*Ajudou terem-me falado sobre a minha alimentação. Disseram-me para continuar a comer líquidos, como a sopa, e depois de uma semana, passar a coisas já passadas, como o empadão. Eu estou habituado a comer de tudo, sem qualquer restrição, e preciso de saber aquilo que tenho de mudar. Aqui também já me dão as coisas adaptadas, a comida é toda mole, não tem forma nem nada. E as verduras, é para as manter e a água, bebê-la ao longo do dia.*

*Também me falaram que não me podia deitar logo depois de comer, e mesmo a minha médica me disse para comer várias vezes ao dia e pouco de cada vez.*

#### Questão 3

*Nem sei bem, isto é tanta coisa... Olhe, e esta cicatriz aqui [aponta para o seu abdómen] posso colocar-lhe pomada? E quantas vezes por dia? Eu sei que já está cicatrizada, mas é preciso mais alguma coisa? Até agora não me explicaram nada sobre isso; tiraram já os pontos e disseram-me que não seria preciso fazer penso no centro de saúde.*

#### Questão 4

*O que conheço foi aquilo que me foram dizendo aqui depois da operação. Falaram-me que podia ter diarreia, mas diarreia nunca tive. Às vezes sinto-me é enfartado.*

#### Questão 5

*Sei pois, tenho de fazer mais refeições e em menor quantidade, beber líquidos entre as refeições, comer verduras e manter-me sentada após a refeição para não vomitar. Já percebi que se me deito logo, fico mais maldisposto.*

#### Questão 6



*Eu gosto de tudo, sr<sup>a</sup> enfermeira. Desde sempre comi de tudo. Não há nada que não goste, e não me faz diferença nenhuma a comida que me dão aqui. Não é tão saborosa como a minha, mas também a como com gosto.*

#### Questão 7

*Então, se acontecer alguma coisa, tenho de ir ao serviço de urgência, não é assim? E depois de chegar a casa vou ao meu médico de família. Ele sempre me acompanhou, e quando voltar vou fazer-lhe uma visita!*

*Tenho em casa a mulher que sempre me ajudou em tudo. E a minha filha vive perto; se eu precisar de alguma coisa, ela ajuda também. Mas não vou precisar de nada. Eu e a minha mulher sempre nos ajudámos muito um ao outro. Umas vezes sou eu, outras vezes é ela.*

### ENTREVISTA C

#### Questão 1

*Eu não sou muito de questionar as coisas. Se me querem dizer dizem, se não tudo bem. Sei que tudo aquilo que fazem aqui é para meu bem. É claro que gosto de saber, mas se não me dizem, também não questiono.*

*Houve outro dia em que a enfermeira me perguntou se queria ir comer ao refeitório, e eu pensei... Sempre tenho mais espaço, tenho uma televisão maior... E então, porque não? Vê-se que se preocupam com o nosso bem-estar, sabe?*

#### Questão 2

*Oh, disseram-me várias coisas que me ajudaram. Por exemplo, pôr a mão na barriga quando estou a tossir, beber água ao longo do dia e fazer várias refeições. Isso é coisa que eu já não fazia muito, mas estou a tentar adaptar. Até já pensei como fazer para beber mais água: tenho aqui uma garrafa pequena, que vou encher à medida que bebo. Queria ver se consigo beber duas a três por dia. Para já só tenho estado a beber uma a uma e meia, mas quero ver se aumento.*

#### Questão 3

*Olhe, gostava que me explicassem se sempre tenho de fazer tratamentos adicionais. O médico disse-me que talvez tivesse de fazer, mas até agora, ainda não me disse se sim ou se não.*

#### Questão 4

*Lembro-me que me foram falando da diarreia, e isso eu já tenho aqui, mas pouco. Acabo por comer menos na próxima refeição, e não bebo água juntamente.*

#### Questão 5

*Demoro um pouco a comer, porque me disseram para mastigar bem os alimentos e alimentar-me várias vezes ao dia. Mas quanto à comida, é melhor falar com a minha senhora. Ela é que cozinha, eu nisso, não percebo nada.*

#### Questão 6

*Eu a nível de alimentação gosto de tudo, menos de pepino. Não sou de boca difícil.*

#### Questão 7

*Então, sempre tenho o meu médico de família e este daqui. Já me marcaram a consulta marcada e tudo. Até já combinei com a minha senhora: se for preciso, para eu descansar melhor, ela dorme na cama ao lado. Mas só se for preciso, porque eu cá não gosto nada de estar sozinho. E ela é muito atenciosa para mim. Não deixa que me falte nada.*

### **ENTREVISTA D**

#### Questão 1

*Eu gosto de participar nestas coisas, mas também não quero ser mal interpretada. Gosto de saber o que se passa comigo. Mas às vezes os enfermeiros vêm e nem sempre explicam porque fazem as coisas. Às vezes deixo-me ficar, outras vezes, pergunto. Os enfermeiros até ficam entusiasmados quando eu pergunto, e aí começam a explicar mais coisas! E eu gosto quando eles me pedem opinião. Sinto que sou útil, sabe?*

#### Questão 2

*Por exemplo, quando me falaram sobre a alimentação, eu não tinha ideia nenhuma das adaptações que eu tinha de fazer, nem daquilo que eu tinha de evitar, mas aqui explicaram-me isso. Também de deram um folheto, e até o leram comigo. Há coisas que estão lá que, se não estivessem, eu não me lembraria, e assim acaba por ser um lembrete.*

*Outra coisa que me foi dito foi para eu me pesar todas as semanas, para perceber se estou a perder peso ou se estou a mantê-lo.*

### Questão 3

*Não sei, não me estou a lembrar de nada. Acho que me explicaram aquilo que eu precisava saber.*

### Questão 4

*Disseram-me para estar atenta às náuseas e aos vômitos. E também me falaram que me podia sentir cheia ou ter diarreia.*

### Questão 5

*Pelo que percebi, vou ter que comer em menor quantidade, mas mais vezes ao dia. Como faço já quatro refeições ao dia, vou introduzir mais uma ou duas entre o pequeno-almoço e o almoço, e entre o almoço e o lanche, nem que seja uma peça de fruta ou um batido. A enfermeira também me disse para não beber água com gás ou bebidas alcoólicas, mas isso eu também já não bebo. E havia outras coisas, como ficar sentada depois de comer. Ao que parece, evita que haja vômitos depois de comer.*

### Questão 6

*Sabe, como eu gosto de toda a comida, não me faz diferença, além de que não gosto mais disto ou mais daquilo. Aquilo que me serviram aqui, não houve nada de que não gostasse.*

### Questão 7

*Já tenho tudo preparado lá em casa. A minha filha trabalha durante o dia, mas ao fim da tarde está lá em casa com os meninos. Estou sozinha, mas também que consigo orientar sozinha. Já o faço aqui, por isso não é difícil. Além do mais, tenho amigas da universidade que são minhas vizinhas, e que já se disponibilizaram a me ajudar, se fosse preciso.*

*Se eu precisar de assistência médica, logo vejo: tenho o centro de saúde pertinho de casa, e o hospital também não é longe.*

## **ENTREVISTA E**

### **Questão 1**

*Geralmente os enfermeiros dizem-me o que me vão fazer. Às vezes perguntam-me se me quero levantar e eu digo que sim. Mas quando quero ir para a cama, eles dizem sempre para eu aguentar um pouco mais. Dizem-me que é melhor para mim, para não ganhar feridas. E insistem para eu andar pelo serviço, mas custa-me muito e recuso. Acabo por ficar sentada.*

*Às vezes deixo que eles façam o que têm a fazer, sem perguntar. Eu confio neles, sabem o que estão a fazer.*

### **Questão 2**

*Aqui estimularam-me a caminhar. Passo o dia sempre deitada, e quando me levanto quero logo ir para a cama. Mas Os enfermeiros insistem para eu ficar sentada mais um pouco, e houve uma enfermeira que me deu a mão para caminhar com ela. A fisioterapeuta também ajuda. Traz o andador e eu sempre me aguento mais. Mas fico muito cansada e preciso deitar-me logo de seguida. Também me explicaram como cuidar aqui desta cicatriz que aqui tenho. Isso é bom, porque quando se está em casa há sempre muitas dúvidas.*

### **Questão 3**

*Eu sei lá. Tudo o que me disseram foi bom. Seja como for, levo aqui o número do serviço. Disseram-me que poderia telefonar se tivesse dúvidas.*

### **Questão 4**

Sei que se tiver vômitos, diarreia ou se me sentir indisposta é mau sinal. Mas há mais coisas, e o meu marido sabe isso direitinho!

#### Questão 5

*Sim sim. Disseram-me para beber água várias vezes ao dia, e em pequenos golos. Os enfermeiros vão-me dizendo que eu tenho de comer, mas eu não tenho grande apetite. Isso não é de agora. Em casa já tinha pouco apetite, e sempre comi pouco. Mas eu sei que tenho de me alimentar mais. Quando chegar a casa vou comer melhor. Agora a senhora que está lá em casa vai fazer a comida, e eu gosto da comida dela.*

*Disseram-me para mastigar bem a comida, se não podia ficar mal-disposta, e para ficar sentada depois de comer. Também insistiram para eu me levantar todos os dias da cama. Deve ser porque eu aqui só quero estar na cama, mas é onde eu me sinto bem. Em casa vou tentar levantar-me todos os dias. Tenho ajuda da senhora que está lá em casa, pois eu sozinha não consigo. Tenho pouca força desde o último internamento.*

#### Questão 6

*Foram, mais ou menos, porque como lhe disse, nada me apetece. Aquilo que eu gosto é chá e leite, e isso sim, é-me dado todos os dias.*

#### Questão 7

*Lá em casa tenho uma senhora que me ajuda. Já falei com o meu marido, porque se for preciso fazer penso, ele vai ao centro de saúde para a enfermeira ir lá a casa.*

### **ENTREVISTA F**

#### Questão 1

Cliente – *Eu acho que é importante a pessoa que recebe os cuidados que participe neles, e aqui sempre procuraram saber a minha opinião, ou pelo menos tentam fazer aquilo que eu pedia; outras vezes, os enfermeiros chamavam-me à razão. Por exemplo, quando eu ia para a cama, pedia sempre para ficar de costas, mas os*

enfermeiros lá me convenciam de que era preferível ficar de lado. Afinal, tinha uma ferida e era melhor ficar de lado, para cicatrizar. Outras vezes, eu estava mais triste e preferia ficar na cama, mas a enfermeira explicava que seria bom se me levantasse, e eu percebi porquê: levantar-me permitia que eu me mobilizasse mais e isso seria bom por causa da infecção respiratória que eu tive; mas também era bom porque quando a minha família cá vinha, ficavam mais contentes quando me viam no cadeirão, do que quando me viam na cama.

Família – Aqui sempre procuraram muito que o meu pai fizesse as coisas por ele, e não o tentaram substituir. Muitas vezes ele estava na cama, tentavam posicioná-lo melhor, mas incentivavam-no sempre a ser ele a colocar-se numa posição ou noutra, mesmo que para isso tivessem que demorar mais tempo. Lembro-me de uma vez em que o deitaram. Foi ele que se levantou sozinho, mas amparado de cada lado, e foi ele que, passo a passo, e muito devagar, caminhou até à cama. Depois subiu o degrau para ficar ao nível da cama, rodou e sentou-se. Só precisou de mais ajuda para levantar os pés! Até já estive a pensar como vamos adaptar lá em casa: como a minha madrastra tem pouca força, estamos a pensar comprar um andarilho. Uma enfermeira sugeriu isso, pois é isso que ele usa aqui no serviço, e em casa isso vai ser uma grande ajuda.

## Questão 2

Cliente – Daquilo que me lembro, estimulavam-me muito para mobilizar as pernas. Eu tenho tendência a ficar parado, e houve uma altura em que só dormia. Mas já estou melhor e tento fazer esses exercícios todos os dias. Às vezes ainda me esqueço, mas a família também sabe essas coisas e vão insistindo para eu fazer. Outra coisa que me disseram muito foi para beber e comer devagar. Mas eu nem sempre faço isso, pois sinto-me bem e sempre comi depressa. Se calhar faço isso porque me sinto bem, porque a enfermeira já me disse que pode acontecer eu vomitar ou ter diarreia.

Sempre me disseram para beber água em pequenos golos, mas eu dou por mim a beber o copo inteiro, quase de uma só vez. Tenho a confessar que não vomito, mas às vezes fico enfartado. Logo de seguida eu noto que tenho uma grande diarreia que não consigo sequer controlar.

Família – Sempre nos disseram para ele comer pouco de cada vez, mas ainda ontem, ele estava a comer com tanta satisfação, que lhe dei um queque que aqui tinha. E ele gostou! Mas depois ficou um pouco enfartado... Percebemos logo que tinha sido comida a mais... E aqui ensinaram-lhe muitos exercícios para ele fazer: mexer os músculos das pernas, levantar as pernas até ao nível do joelho! Ainda à pouco lhe estive a dizer para fazer esses exercícios. É que quanto mais tempo ele ficar parado, mais tempo ele vai demorar a recuperar totalmente.

#### Questão 3

Cliente – Eu acho que me explicaram muitas coisas, algumas não me lembro bem, mas sei que também as explicaram aos meus filhos e à minha senhora.

Família – Apesar de nos terem explicado sempre tudo, fiquei a pensar de que ele poderia comer algumas gorduras, como o queijo, de que ele gosta tanto. Mas já percebi que não! Sempre que ele come essas coisas, tem logo uma diarreia, e as fezes são tão líquidas e amarelas! Parece que é praticamente instantâneo!

#### Questão 4

Cliente – Então, posso ficar enfartado, ainda hoje fiquei, e também posso ter diarreia. Isso é que tenho mais vezes. O resto das coisas não me lembro. Estas lembro-me porque é aquilo que me acontece mais vezes.

Família – Já percebi que as diarreias mostram que ele não tolerou bem determinada comida. Aqui ele já comeu diversas coisas, agora em casa, vou preparar-lhe, a pouco e pouco, outras coisas que ele me pede. Já lá tenho agrião para amanhã lhe fazer uma sopa de agrião! Já a está a pedir há três dias!

#### Questão 5

Família (filha) – Explicaram-nos de que as refeições agora têm de ser mais vezes ao dia, e em menor quantidade que dantes. Mesmo assim, ele já fazia cerca de 5 refeições por dia. Já estivemos a combinar todos: vamos introduzir uma fruta ou um batido, para que de duas em duas horas ou, pelo menos, de três em três horas, ele esteja a comer qualquer coisa. Daquilo que nos apercebemos, se ele não cumprir estas indicações, podem ficar enfartado, pode vomitar ou ficar maldisposto. E

*também já percebemos, porque aqui isso também acontece: ter diarreia. Mas também vamos introduzir a pouco e pouco alguns alimentos a ver como reage. Se lhe saber bem, já é bom!*

#### Questão 6

Cliente – *A enfermeira perguntou-me e a dietista também, os alimentos que eu gostava mais e menos, e a partir daí passou a vir mais aquilo que eu gostava. Por exemplo, o meu nunca fui muito de beber sumos, e aqui ao almoço vem sempre um sumo. Então deixaram de mandar isso. Outra coisa que passou a vir foi o leite de soja. O outro não gosto. E a canja, é tão boa! Essa vinha sempre uma vez por dia.*

#### Questão 7

Família (esposa) – *Não foi difícil de nos organizarmos. Eu estive a conversar com a sr<sup>a</sup> enfermeira, e ela ajudou-me a perceber em que é que eu precisava ajuda. A comida eu faço, e tratar da casa também. Mas agora levantá-lo da cama e dar-lhe banho, é que eu não sou capaz... Então a enfermeira sugeriu de nós tratarmos de um apoio para a higiene e levante da cama. Já resolvemos isso com o assistente social. Fui lá mais a minha enteada. Nós sempre nos demos muito bem, e decidimos sempre estas coisas as duas. Sabe, ele aqui até se levanta e caminha pelo seu pé. É certo que demora mais tempo, mas ele é capaz. E eu já estou a ver como vai ser em casa. Sabe, ele é muito preguiçoso... Por isso é que eu precisava sempre de alguma ajuda lá em casa. Os filhos trabalham e eu não posso, então optámos assim. Também já me deram um papel com a marcação da consulta de cirurgia, é já daqui a uma semana! Que bom, não pensei que fosse tão rápido. E temos já uma consulta de oncologia agendada para o mês que vem. E outra coisa que resolvemos, foi continuar o seguimento na consulta de nutrição. Como ele já era seguido lá, agora é só reativar.*

### **ENTREVISTA G**

#### Questão 1

*Este já não era o meu primeiro internamento. Agora estou cá porque não parava de vomitar. Já conheço o serviço, e aquilo que me fazem, já consigo perceber porquê. Mesmo assim, às vezes não percebo algumas coisas, mas pergunto logo. Pergunto porque quero saber o que se passa comigo, e se eu puder fazer alguma coisa, eu*



*faço. A minha esposa também questiona bastantes coisas, e os enfermeiros esclarecem-nos.*

*Às vezes não posso decidir muitas coisas. Por exemplo, quando me puseram a sonda nasogástrica, eu preferia não a ter posto, mas percebo o porquê. E os enfermeiros têm paciência e vão dizendo para que serve cada coisa. Isso faz-me sentir bem.*

#### Questão 2

*Ajudou-me explicarem-me aquilo que eu devo ou não comer. Eu já estava a fazer cerca de sete refeições por dia, e até estava a correr bem. Comia, descansava e não ficava maldisposto nem nada. Mas na semana antes de ser internado, eu vomitei todos os dias, até que comecei a ter diarreias intensas que nunca mais acabavam.*

*Uma coisa que nunca me lembrei lá em casa e que me ensinaram aqui foi para comer mais fibras, como os cereais ou o pão. Explicaram-me que ajudam a dar consistência às fezes!*

*E aqui pesaram-me. Eu também me pesava em casa e tenho estado a perder peso gradualmente. Emagreci muito antes da cirurgia, agora, tenho estado a emagrecer mais lentamente.*

#### Questão 3

*Fiquei assustado quando isto aconteceu. Gostava que me tivessem explicado melhor aquilo que podia acontecer de menos bom. Na altura, não senti necessidade disso, mas agora, acho que teria sido bom se eu conhecesse aquilo que podia acontecer de pior. Pelo menos não teria ficado tão ansioso e tão assustado. Mas agora já percebi. E os enfermeiros aqui também me tentam acalmar explicando as coisas.*

#### Questão 4

*Agora conheço, mas na altura não conhecia muito bem. Só sabia que podia ficar um pouco indisposto.*

#### Questão 5

*Agora acho que sei, pelo menos, acho que sei mais do que aquilo que sabia antes de ser reinternado. Sei que não posso comer muito de cada vez, e que a diarreia até*

*pode acontecer, mas muitos dias de seguida é mau sinal. Vou continuar a fazer as sete refeições habituais. Como o pequeno-almoço, assim que me levanto, passadas duas horas como ou uma barrita de cereais, que é bom para dar consistência às fezes, ou um meio pão bem mastigado; passado um bocado como ou uma peça de fruta, até costuma ser a laranja, mas ela é ácida, vou passar ou para maçã ou pêra, que também gosto muito. Ao almoço como aquilo que a família come, mas demoro mais, para mastigar tudo bem mastigado. Mas não como a mesma quantidade, como sempre meio prato. Até reduzi o tamanho do prato para não ter a tentação de o encher! Depois passadas duas a três horas como ou uma fruta cozida. Antes do jantar bebo um chá, e ao jantar tento comer sopa. Faço uma refeição principal, ao almoço, e ao jantar, tento que seja mais soft. Antes de ir para a cama, bebo meia caneca de chá. Ao longo do dia também tento beber água ou outros líquidos como o chá. Como tenho a colostomia, preciso de ingerir líquidos para não ficar desidratado.*

#### Questão 6

*Aqui no hospital acaba sempre por ser diferente daquilo que eu faço em casa mas, mesmo assim, em termos de horários, até acabam por ser parecidos. Houve uma altura que estive em dieta Ø, e depois comecei alimentação parentérica, mas depois consegui adaptar-me nem às refeições. Havia uma ou outra coisa de que eu não gostava, por exemplo o leite-creme. Nunca gostei, e aqui tenho sempre um doce por dia. Pedi para vir outra coisa, então começou a vir fruta cozida, que eu gosto bem mais. De resto, não tenho razão de queixa!*

#### Questão 7

*À partida não preciso de nada em casa. Como da outra vez, tenho a esposa que me ajuda bastante, e mesmo os filhos que ainda vivem connosco preocupam-se muito connosco. Mas ainda assim, sei que se se passar alguma coisa, venho ao hospital, ao serviço de urgência. Depois tenho é de pensar na consulta de oncologia. Se não fosse esta hospitalização, já estaria a fazer quimioterapia.*

### ENTREVISTA H

#### Questão 1

*Quando os enfermeiros me falam das coisas, sinto que têm cuidado na forma como dizem. Às vezes até perguntam a minha opinião, e decidem com base naquilo que eu digo!*

#### Questão 2

*Oh, disseram-me várias coisas que me ajudaram. Por exemplo, pôr a mão na barriga quando estou a tossir, e mesmo para beber água ao longo do dia. Isso é coisa que eu já não fazia muito, mas estou a tentar adaptar. Até já pensei como fazer: tenho aqui uma garrafa pequena, que vou encher à medida que bebo. Queria ver se consigo beber duas a três por dia. Para já só tenho estado a beber uma a uma e meia, mas quero ver se aumento. E saber os cuidados que tenho de ter com a comida foi muito importante. Tive que adaptar muito!*

#### Questão 3

*Olhe, gostava que me explicassem se sempre tenho de fazer tratamentos adicionais. O médico disse-me que talvez tivesse de fazer, mas até agora, ainda não me disse se sim ou se não.*

#### Questão 4

*Lembro-me que me foram falando da diarreia, e isso eu já tenho aqui, mas pouco. Acabo por da próxima refeição, como menos e não bebo água à refeição. Tento evitar.*

#### Questão 5

*Aqui foram-me dizendo algumas alterações que eu tinha de fazer, como comer pouca quantidade de cada vez. Isso não é problema, porque eu já não comia muito. Além disso, já sabia os cuidados do internamento anterior. Sei que se não cumprir aquilo que me disseram posso ter vômitos, ficar enfartado e mal-disposto.*

#### Questão 6

*Quando me explicaram as alterações que eu tinha de fazer, tentavam saber aquilo que os meus hábitos de alimentação: o número de refeições, aquilo que eu comia, e quem preparava as refeições.*

#### Questão 7

Se tiver dúvidas tenho aqui o contato do serviço que me deram aqui neste folheto.

Se tiver vômitos e enjoos como tive desta vez, o melhor é ir ao hospital.

Não vou precisar de nenhum apoio. Tenho a minha mulher, e já da outra vez nos orientámos bem.

**APÊNDICE XIX – Análise de conteúdo das respostas das pessoas idosas  
entrevistadas**

### **Análise de conteúdo das entrevistas realizadas à pessoa idosa**

O tratamento dos dados foi realizado segundo a análise de conteúdo de Bardin (2009). Para o autor, a codificação estabelece uma representação do conteúdo do texto, e a organização da codificação inclui três escolhas: o recorte (referente à escolha das unidades); a enumeração (escolha das regras de contagem); a classificação e agregação (relativa à escolha das categorias).

A escolha das unidades de registo e de contexto deve dar resposta aos objetivos em análise e são entendidas como “a unidade de significação a codificar correspondente ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base” (Bardin, 2009, p. 130). Atendendo à teoria de Bardin (2009), e baseando-me nos dados colhidos, procedi ao agrupamento das unidades de registo e defini as categorias e as áreas temáticas, *a posteriori*.

As entrevistas foram denominadas com letras de A a H e as questões foram identificadas com a letra correspondente ao bloco em que se insere.

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO
PARTICIPAÇÃO NOS CUIDADOS	Foi fornecida informação sobre os cuidados	<p>“No dia-a-dia (...) senti que a enfermeira tinha a preocupação de nos explicar aquilo que fazia” <b>(AC1)</b></p> <p>“ (...) é sempre bom explicarem à família o que vai acontecer (...) quem nos prestou mais essa explicação foi a enfermeira. Passou bastante tempo connosco e mesmo a minha mãe diz, que é melhor estar o enfermeiro connosco sem pressas, porque assim tem mais paciência e esclarece as nossas dúvidas com tempo.” <b>(AC1)</b></p> <p>“Isso aconteceu depois da cirurgia. Antes, só vomitava e nem me lembro bem daquilo que me disseram. Depois da cirurgia, aí sim, os enfermeiros preocupavam-se em saber como é que eu me sentia</p>

		<p>dia após dia. Ficavam muito apovontados quando eu vomitava e lá me iam dizendo que isso podia acontecer.” <b>(AC1)</b></p> <p>“Sim, à medida que iam fazendo iam dizendo. Havia outros [enfermeiros] que não diziam porque é que faziam as coisas e, aí, eu perguntava. Sabe, eu gosto de saber o que se passa comigo e gosto de estar informado” <b>(BC1)</b></p> <p>“Fiquei muito abatido quando acordei da cirurgia: (...) Mas a pouco e pouco foram-me explicando para que era tudo, e até que faz sentido” <b>(BC1)</b></p> <p>“Eu não sou muito de questionar as coisas. Se me querem dizer dizem, se não tudo bem (...) É claro que gosto de saber, mas se não me dizem, também não questiono.” <b>(CC1)</b></p> <p>“Eu gosto de participar nestas coisas, mas também não quero ser mal interpretada. Gosto de saber o que se passa comigo” <b>(DC1)</b></p> <p>“Geralmente os enfermeiros dizem-me o que me vão fazer. Às vezes perguntam-me se me quero levantar e eu digo que sim. Mas quando quero ir para a cama, eles dizem sempre para eu aguentar um pouco mais. Dizem-me que é melhor para mim, para não ganhar feridas” <b>(EC1)</b></p> <p>“(...) quando eu ia para a cama, pedia sempre para ficar de costas, mas os enfermeiros lá me convenciam</p>
--	--	---

		<p>de que era preferível ficar de lado. Afinal, tinha uma ferida e era melhor ficar de lado, para cicatrizar” <b>(FC1)</b></p> <p>“Outras vezes, (...) preferia ficar na cama, mas a enfermeira explicava que seria bom se me levantasse, e eu percebi porquê: levantar-me permitia que eu me mobilizasse mais e isso seria bom por causa da infecção respiratória que eu tive (...)” <b>(FC1)</b></p> <p>“(...) aquilo que me fazem, já consigo perceber porquê. Mesmo assim, às vezes não percebo algumas coisas, mas pergunto logo.” <b>(GC1)</b></p>
	<b>Decide sobre os cuidados</b>	<p>“Perguntaram-me se eu queria aprender, e eu disse logo que sim!” <b>(AC1)</b></p> <p>“Da primeira vez que me levantei, estava muito cansado, mas a enfermeira disse-me logo, que eu me sentisse mal disposto, para lhe dizer. Mas eu estava bem e quis levantar-me. Estive demasiado tempo na cama” <b>(BC1)</b></p> <p>“Houve outro dia em que a enfermeira me perguntou se queria ir comer ao refeitório, e eu pensei... Sempre tenho mais espaço, tenho uma televisão maior... E então, porque não?” <b>(CC1)</b></p> <p>“E eu gosto quando eles me pedem opinião. Sinto que sou útil, sabe?” <b>(DC1)</b></p> <p>“E insistem para eu andar pelo serviço, mas custa-me muito e recuso. Acabo por ficar sentada.” <b>(EC1)</b></p>



		<p>“(…) acho que é importante a pessoa que recebe os cuidados que participe neles, e aqui sempre procuraram saber a minha opinião” <b>(FC1)</b></p> <p>“Às vezes não posso decidir muitas coisas. Por exemplo, quando me puseram a sonda nasogástrica, eu preferia não a ter posto, mas percebo a sua necessidade.” <b>(GC1)</b></p>
	<b>Sentiu-se incluído nos cuidados</b>	<p>“Os enfermeiros sempre procuraram que nós fizéssemos parte dos cuidados à minha mãe. Não me senti excluída. A minha mãe já teve outros internamentos, e isso já aconteceu. E aqui ensinaram-me a trocar o saco de fístula (...) Senti-me tranquila, porque estava a perceber o que era preciso para fazer as coisas bem” <b>(AC1)</b></p> <p>“Vê-se que se preocupam com o nosso bem-estar, sabe?” <b>(CC1)</b></p> <p>“Os enfermeiros até ficam entusiasmados quando eu pergunto, e aí começam a explicar mais coisas!” <b>(DC1)</b></p> <p>“Eu acho que é importante a pessoa que recebe os cuidados que participe neles, e aqui sempre procuraram saber a minha opinião, ou pelo menos tentam fazer aquilo que eu pedia” <b>(FC1)</b></p> <p>“E os enfermeiros têm paciência e vão dizendo para que serve cada coisa. Isso faz-me sentir bem” <b>(GC1)</b></p> <p>“Quando os enfermeiros me falam das coisas, sinto que têm cuidado na forma como dizem. Às vezes até</p>

		perguntam a minha opinião, e decidem com base naquilo que eu digo!” <b>(HC1)</b>
	<b>Atitude passiva</b>	<p>“Mas às vezes os enfermeiros vêm e nem sempre explicam porque fazem as coisas. Às vezes deixo-me ficar, outras vezes, pergunto.” <b>(DC1)</b></p> <p>“Às vezes deixo que eles façam o que têm a fazer, sem perguntar. Eu confio neles, sabem o que estão a fazer.” <b>(EC1)</b></p> <p>“Sei que tudo aquilo que fazem aqui é para meu bem. É claro que gosto de saber, mas se não me dizem, também não questiono” <b>(HC1)</b></p>
<b>INFORMAÇÃO QUE FACILITOU O REGRESSO A CASA</b>	<b>Conhecimento sobre cuidados com a alimentação</b>	<p>“Também me deram indicações sobre a alimentação. É que há pormenores que são importantes e que eu nunca me lembraria, por exemplo o não se deitar após a refeição: habitualmente a minha mãe costuma dormir uma sesta após o almoço, e agora já sabemos que não deve fazer isso” <b>(AC2)</b></p> <p>“Disseram-me para continuar a comer líquidos, como a sopa, e depois de uma semana, passar a coisas já passadas, como o empadão. Eu estou habituado a comer de tudo, sem qualquer restrição, e preciso de saber aquilo que tenho de mudar” <b>(BC2)</b></p> <p>“ (...) beber água ao longo do dia e fazer várias refeições” <b>(CC2)</b></p> <p>“(…) quando me falaram sobre a alimentação, eu não tinha ideia nenhuma das adaptações que eu tinha de fazer, nem daquilo que eu tinha de evitar, mas aqui</p>

		<p>explicaram-me isso. Também de deram um folheto, e até o leram comigo. Há coisas que estão lá que, se não estivessem, eu não me lembraria (...)” <b>(DC2)</b></p> <p>“Outra coisa que me disseram muito foi para beber e comer devagar. Mas eu nem sempre faço isso, pois sinto-me bem e sempre comi depressa (...) pode acontecer eu vomitar ou ter diarreia. Sempre me disseram para beber água em pequenos golos, mas eu dou por mim a beber o copo inteiro, quase de uma só vez” <b>(FC2)</b></p> <p>“Ajudou-me explicarem-me aquilo que eu devo ou não comer. Eu já estava a fazer cerca de sete refeições por dia, e até estava a correr bem” <b>(GC2)</b> “Uma coisa que nunca me lembrei lá em casa e que me ensinaram aqui foi para comer mais fibras, como os cereais ou o pão. Explicaram-me que ajudam a dar consistência às fezes!” <b>(GC2)</b></p> <p>“E saber os cuidados que tenho de ter com a comida foi muito importante. Tive que adaptar muito!” <b>(FC2)</b></p>
	<b>Conhecimen to sobre mobilização</b>	<p>“Aqui estimularam-me a caminhar. (...) houve uma enfermeira que me deu a mão para caminhar com ela. A fisioterapeuta também ajuda. Traz o andarilho e eu sempre me aguento mais.” <b>(EC2)</b></p> <p>“(...) estimulavam-me muito para mobilizar as pernas. Eu tenho tendência a ficar parado, e houve uma altura em que só dormia” <b>(FC2)</b></p>
	<b>Conhecimen to sobre</b>	<p>“aquilo que eu dei mais valor (...) foi como trocar ali o saco [refere-se ao sistema de fístula], porque nunca</p>

	técnicas	<p>me vi numa situação assim” (AC2)</p> <p>“(…) disseram-me várias coisas que me ajudaram. Por exemplo, pôr a mão na barriga quando estou a tossir, e mesmo para beber água ao longo do dia” (CC2).</p> <p>“Também me explicaram como cuidar aqui desta cicatriz que aqui tenho. Isso é bom, porque quando se está em casa há sempre muitas dúvidas.” (EC2)</p> <p>“Por exemplo, pôr a mão na barriga quando estou a tossir, e mesmo para beber água ao longo do dia” (HC2)</p>
	Conhecimentos sobre pesagem	<p>“Outra coisa que me foi dito foi para eu me pesar todas as semanas, para perceber se estou a perder peso ou se estou a mantê-lo” (DC2)</p> <p>“Agora vamos pesá-la todas as semanas. Ela perdeu muito peso em pouco tempo, e ficou fraca rapidamente. Aqui também a pesaram todas as semanas. Ela perdeu 2kg desde que foi internada. Até pensei que tivesse perdido mais, sabe?” (AC2)</p> <p>“E aqui pesaram-me. Eu também me pesava em casa e tenho estado a perder peso gradualmente. Emagreci muito antes da cirurgia, agora, tenho estado a emagrecer mais lentamente” (GC2)</p>
INFORMAÇÃO QUE O CLIENTE GOSTARIA DE TER		<p>“Gostava que me tivessem explicado a evolução da doença, as possibilidades de recuperação e se há necessidade de fazer quimioterapia” (AC3)</p> <p>“Gostava que me tivessem explicado logo porque é</p>

RECEBIDO	<p>que ela esteve tanto tempo indisposta e a vomitar sangue. Queria que me dissessem que não era grave, mas lá no fundo, eu sabia que não era nada bom” <b>(AC3)</b></p> <p>“(…) esta cicatriz aqui [aponta para o seu abdómen], posso colocar-lhe pomada? E quantas vezes por dia? Eu sei que já está cicatrizada, mas é preciso mais alguma coisa? Até agora não me explicaram nada sobre isso” <b>(BC3)</b></p> <p>“Olhe, gostava que me explicassem se sempre tenho de fazer tratamentos adicionais. O médico disse-me que talvez tivesse de fazer, mas até agora, ainda não me disse se sim ou se não” <b>(CC3)</b></p> <p>“Não sei, não me estou a lembrar de nada. Acho que me explicaram aquilo que eu precisava saber.” <b>(DC3)</b></p> <p>“Tudo o que me disseram foi bom. Seja como for, levo aqui o número do serviço. Disseram-me que poderia telefonar se tivesse dúvidas.” <b>(EC3)</b></p> <p>“Eu acho que me explicaram muitas coisas, algumas não me lembro bem (...)” <b>(FC3)</b></p> <p>“Gostava que me tivessem explicado melhor aquilo que podia acontecer de menos bom. Na altura, não senti necessidade disso, mas agora, acho que teria sido bom se eu conhecesse aquilo que podia acontecer de pior. Pelo menos não teria ficado tão ansioso e tão assustado. Mas agora já percebi” <b>(GC3)</b></p>
----------	--

		<p>“gostava que me explicassem se sempre tenho de fazer tratamentos adicionais. O médico disse-me que talvez tivesse de fazer, mas até agora, ainda não me disse se sim ou se não” <b>(HC3)</b></p>
<p><b>DOMÍNIO</b> <b>DE</b> <b>CONHECIME</b> <b>NTO SOBRE</b> <b>OS</b> <b>CUIDADOS</b> <b>PARA O</b> <b>REGRESSO</b> <b>A CASA</b></p>	<p><b>Conhece</b> <b>sinais e</b> <b>sintomas</b> <b>associados à</b> <b>cirurgia</b></p>	<p>“Sei que posso ter vômitos e enjoos, e que se forem muito frequentes não é normal. E a diarreia, também falaram que podia acontecer (...)” <b>(AC4)</b></p> <p>“Falaram-me que podia ter diarreia, mas diarreia nunca tive. Às vezes sinto-me é enfartado” <b>(BC4)</b></p> <p>“Lembro-me que me foram falando da diarreia (...) Acabo por comer menos na próxima refeição, e não bebo água juntamente” <b>(CC4)</b></p> <p>“Disseram-me para estar atenta às náuseas e aos vômitos. E também me falaram que me podia sentir cheia ou ter diarreia” <b>(DC4)</b></p> <p>“Sei que se tiver vômitos, diarreia ou se me sentir indisposta é mau sinal. Mas há mais coisas, e o meu marido sabe isso direitinho!” <b>(EC4)</b></p> <p>“posso ficar enfartado (...) e também posso ter diarreia (...). O resto das coisas não me lembro. Estas lembro-me porque é aquilo que me acontece mais vezes” <b>(FC4)</b></p> <p>“Agora conheço, mas na altura não conhecia muito bem. Só sabia que podia ficar um pouco indisposto” <b>(GC4)</b></p>

		<p>“Lembro-me que me foram falando da diarreia, e isso eu já tenho aqui, mas pouco. Acabo por da próxima refeição, como menos e não bebo água à refeição. Tento evitar” <b>(HC4)</b></p>
	<p><b>Demonstra conhecimento sobre risco/benefício do regime alimentar para a sua saúde</b></p>	<p>“Sei que tenho de comer mais vezes ao dia, e em menor quantidade”(…) “Disseram-nos para evitar beber a água às refeições e para a beber ao longo do dia, porque podia provocar diarreia. E (…) comidas com gordura para não comer, mas isso eu também já não comia antes. E as bebidas com gás, para não beber, e para ingerir fibras e cereais” <b>(AC5)</b></p> <p>“tenho de fazer mais refeições e em menor quantidade, beber líquidos entre as refeições, comer verduras e manter-me sentada após a refeição para não vomitar. Já percebi que se me deito logo, fico mais maldisposto” <b>(BC5)</b></p> <p>“Demoro um pouco a comer, porque me disseram para mastigar bem os alimentos e alimentar-me várias vezes ao dia. Mas quanto à comida, é melhor falar com a minha senhora. Ela é que cozinha, eu nisso, não percebo nada” <b>(CC5)</b></p> <p>“(…) vou ter que comer em menor quantidade, mas mais vezes ao dia. Como faço já quatro refeições ao dia, vou introduzir mais uma ou duas entre o pequeno-almoço e o almoço, e entre o almoço e o lanche, nem que seja uma peça de fruta ou um batido. A enfermeira também me disse para não beber água com gás ou bebidas alcoólicas, mas isso eu também já não bebo.</p>

		<p>E havia outras coisas, como ficar sentada depois de comer. Ao que parece, evita que haja vômitos depois de comer” <b>(DC5)</b></p> <p>“Disseram-me para beber água várias vezes ao dia, e em pequenos golos (...) tenho de comer, mas eu não tenho grande apetite (...) Disseram-me para mastigar bem a comida, se não podia ficar mal-disposta, e para ficar sentada depois de comer. Também insistiram para eu me levantar todos os dias da cama.” <b>(EC5)</b></p> <p>“Explicaram-nos de que as refeições agora têm de ser mais vezes ao dia, e em menor quantidade que dantes. Mesmo assim, ele já fazia cerca de 5 refeições por dia. Já estivemos a combinar todos: vamos introduzir uma fruta ou um batido, para que de duas em duas horas ou, pelo menos, de três em três horas, ele esteja a comer qualquer coisa. Daquilo que nos apercebemos, se ele não cumprir estas indicações, podem ficar enfartado, pode vomitar ou ficar maldisposto. E também já percebemos, porque aqui isso também acontece: ter diarreia” <b>(FC5)</b></p> <p>“Agora acho que sei (...) mais do que aquilo que sabia antes de ser reinternado. Sei que não posso comer muito de cada vez, e que a diarreia até pode acontecer, mas muitos dias de seguida é mau sinal. Vou continuar a fazer as sete refeições habituais” <b>(GC5)</b> “Ao longo do dia também tento beber água ou outros líquidos como o chá. Como tenho a colostomia, preciso de ingerir líquidos para não ficar desidratado.” <b>(GC5)</b></p>
--	--	--



		<p>“Aqui foram-me dizendo algumas alterações que eu tinha de fazer, como comer pouca quantidade de cada vez. Isso não é problema, porque eu já não comia muito. Além disso, já sabia os cuidados do internamento anterior. Sei que se não cumprir aquilo que me disseram posso ter vômitos, ficar enfartado e mal-disposto” <b>(HC5)</b></p>
<p><b>PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DO REGIME ALIMENTAR</b></p>	<p><b>Sentiu que as indicações dadas corresponderam às preferências alimentares</b></p>	<p>“Houve um dia em que veio pêra cozida para sobremesa, e eu nunca gostei de pêra; prefiro maçã, ou gelatina ou mesmo pudim. A enfermeira percebeu que eu não gostava e pediu à dietista para cá vir falar comigo. A partir daí, não veio mais pêra e começou a vir outras coisas que eu já gostava” <b>(AC6)</b></p> <p>“Eu gosto de tudo, sr<sup>a</sup> enfermeira. Desde sempre comi de tudo. Não há nada que não goste, e não me faz diferença nenhuma a comida que me dão aqui” <b>(BC6)</b></p> <p>“Eu a nível de alimentação gosto de tudo, menos de pepino” <b>(CC6)</b></p> <p>“Sabe, como eu gosto de toda a comida, não me faz diferença, além de que não gosto mais disto ou mais daquilo. Aquilo que me serviram aqui, não houve nada de que não gostasse” <b>(DC6)</b></p> <p>“Aquilo que eu gosto é chá e leite, e isso sim, é-me dado todos os dias” <b>(EC6)</b></p> <p>“A enfermeira perguntou-me e a dietista também, os alimentos que eu gostava mais e menos, e a partir daí</p>

		<p>passou a vir mais aquilo que eu gostava. Por exemplo, o meu nunca fui muito de beber sumos, e aqui ao almoço vem sempre um sumo. Então deixaram de mandar isso. Outra coisa que passou a vir foi o leite de soja. O outro não gosto. E a canja, é tão boa! Essa vinha sempre uma vez por dia” <b>(FC6)</b></p> <p>“Havia uma ou outra coisa de que eu não gostava, por exemplo o leite-creme. Nunca gostei, e aqui tenho sempre um doce por dia. Pedi para vir outra coisa, então começou a vir fruta cozida, que eu gosto bem mais. De resto, não tenho razão de queixa!” <b>(GC6)</b></p> <p>“Quando me explicaram as alterações que eu tinha de fazer, tentavam saber aquilo que os meus hábitos de alimentação: o número de refeições, aquilo que eu comia, e quem preparava as refeições” <b>(HC6)</b></p>
<b>ARTICULAÇÃO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>Demonstra conhecimento sobre os recursos disponíveis para assegurar o cuidado de Si</b>	<p>“(…) se apresentar vômitos que não passam tenho de ir à urgência ou tentar entrar em contacto com o médico. Também tenho o médico do centro de saúde, mas é mais difícil de arranjar uma consulta com urgência. E eu tenho o número de telefone daqui, disseram-me para telefonar se tivesse dúvidas” <b>(AC7)</b></p> <p>“(…) se acontecer alguma coisa, tenho de ir ao serviço de urgência, não é assim? E depois de chegar a casa vou ao meu médico de família. Ele sempre me acompanhou, e quando voltar vou fazer-lhe uma visita! <b>(BC7)</b></p> <p>“Então, sempre tenho o meu médico de família e este daqui” <b>(CC7)</b></p>

		<p>“Se eu precisar de assistência médica, logo vejo: tenho o centro de saúde pertinho de casa, e o hospital também não é longe.” <b>(DC7)</b></p> <p>“Lá em casa tenho uma senhora que me ajuda.” <b>(EC7)</b></p> <p>“Também já me deram um papel com a marcação da consulta de cirurgia, é já daqui a uma semana! (...) E temos já uma consulta de oncologia agendada para o mês que vem. E outra coisa que resolvemos, foi continuar o seguimento na consulta de nutrição. Como ele já era seguido lá, agora é só reativar” <b>(FC7)</b></p> <p>“À partida não preciso de nada em casa. (...) Mas ainda assim, sei que se se passar alguma coisa, venho ao hospital, ao serviço de urgência. Depois tenho é de pensar na consulta de oncologia” <b>(GC7)</b></p> <p>“Se tiver dúvidas tenho aqui o contato do serviço que me deram aqui neste folheto. Se tiver vômitos e enjoos como tive desta vez, o melhor é ir ao hospital” <b>(HC7)</b></p>
	<b>Antecipa necessidades de articulação</b>	<p>“Para já, não vou precisar de grande coisa: a minha filha troca este saco aqui [refere-se ao saco de fístula] já nem é preciso fazer penso. Nestes primeiros dias vou para casa do meu filho. É ao lado da casa da minha filha, e tenho lá boas condições, além de que há uma senhora empregada que me pode ajudar nas coisas que tenho mais dificuldade” <b>(AC7)</b></p> <p>“Tenho em casa a mulher que sempre me ajudou em tudo. E a minha filha vive perto; se eu precisar de</p>

		<p>alguma coisa, ela ajuda também. Mas não vou precisar de nada” <b>(BC7)</b>.</p> <p>“Já me marcaram a consulta marcada e tudo” <b>(CC7)</b></p> <p>“Já tenho tudo preparado lá em casa. A minha filha trabalha durante o dia, mas ao fim da tarde está lá em casa com os meninos. Estou sozinha, mas também que consigo orientar sozinha. Já o faço aqui, por isso não é difícil. Além do mais, tenho amigas da universidade que são minhas vizinhas, e que já se disponibilizaram a me ajudar, se fosse preciso.” <b>(DC7)</b></p> <p>“Já falei com o meu marido, porque se for preciso fazer penso, ele vai ao centro de saúde para a enfermeira ir lá a casa” <b>(EC7)</b></p> <p>“Eu estive a conversar com a sr<sup>a</sup> enfermeira, e ela ajudou-me a perceber em que é que eu precisava ajuda. A comida eu faço, e tratar da casa também. Mas agora levantá-lo da cama e dar-lhe banho, é que eu não sou capaz... Então a enfermeira sugeriu de nós tratarmos de um apoio para a higiene e levante da cama. Já resolvemos isso com o assistente social” <b>(FC7)</b></p> <p>“Não vou precisar de nenhum apoio. Tenho a minha mulher, e já da outra vez nos orientámos bem” <b>(GC7)</b></p>
--	--	---

### **Resultados da análise de conteúdo:**

Os resultados evidenciam que todos os clientes receberam informação sobre os cuidados (11ur), sete clientes referiram decidir sobre os seus cuidados (7ur) e seis sentiram-se incluídos (6 ur). O conhecimento sobre a alimentação foi o mais apontado como facilitador do regresso a casa (8ur), seguindo-se o conhecimento sobre técnicas (4ur), o conhecimento sobre pesagem (3ur) e o conhecimento sobre mobilização (2ur). A pessoa idosa/família apresentou domínio do conhecimento sobre sinais e sintomas associados à cirurgia (8 ur), e mostrou conhecimento sobre o risco/benefício do regime alimentar para a sua saúde (8u); o plano alimentar foi construído com base nas preferências alimentares do cliente (8ur); todos os clientes demonstraram conhecimento sobre os recursos disponíveis na comunidade (8ur) e sete dos clientes anteciparam necessidades de articulação (7ur).